FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 1er Juillet 1909, à 1 heure

PAR

JULES LEMAIRE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX

RECHERCHES

SUR LA

CUTIRÉACTION A LA TUBERCULINE

EN PARTICULIER CHEZ LES ENFANTS

Travail du Laboratoire et du Service de l'Hospice des Enfants assistés

Président : M. HUTINEL, *professeur*

Juges : MM. CHAUFFARD, *professeur*
CLAUDE, *agrégé*
NOBÉCOURT, *agrégé*

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1909

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A Monsieur le Dr CUFFER (in memoriam),	stage	1906-1907
A Monsieur le Prof. GUYON,	—	1907-1908
A Monsieur le Prof. LE DENTU,	externat	1908-1909
A Monsieur le Dr DUGUET, professeur agrégé,	—	1909
A Monsieur le Prof. FOURNIER,	—	1900-1901
A Monsieur le Dr GÉRARD MARCHANT (in memoriam),	—	1901-1902
A Monsieur le Dr LETULLE, prof. agrégé,	—	1902-1903
A Monsieur le Dr NETTER, prof. agrégé, internat provisoire,		1903-1904
A Monsieur le Dr Louis GUINON,	internat provisoire	—
A Monsieur le Dr CHARPENTIER,	internat	1904-1905
A Monsieur le Dr A. FLORAND,	—	—
A Monsieur le Dr DUPRÉ, prof. agrégé,	—	1905-1906
A Monsieur le Dr RICHARDIÈRE,	—	1906-1907
A Monsieur le Prof. HUTINEL,	—	1907
A Monsieur le Dr VARIOT,	—	1908

A Messieurs les Professeurs ALBARRAN et GAUCHER

A Messieurs les Professeurs agrégés

MAUCLAIRE, MORESTIN, MÉRY, NOBÉCOURT.

A Messieurs

AVIRAGNET, LAFITTE, APERT, LESNÉ, PAPILLON

Médecins des Hôpitaux

A Monsieur Le Docteur BOISSARD

Accoucheur des Hôpitaux

A Messieurs

EDMOND FOURNIER, GENOUVILLE et PAUL DELBET,

Chefs de Clinique

A Messieurs

Paul RAVAUT, médecin des Hôpitaux,

HENRI FRESSON, de Shangaï

et MANGIN-BOCQUET, ancien chef de clinique

A Mon AMI Le Docteur MARCEL FERRAND,

Chef de Laboratoire à l'Hospice des Enfants assistés

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Hommage respectueux.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR H. RICHARDIÈRE,

En gage de reconnaissance.

AVANT-PROPOS

C'est à l'instigation de notre Maître, M. le professeur Hutinel, que nous avons pratiqué quelques cutiréactions à la tuberculine selon la méthode de von Pirquet, dans le but d'être fixé sur la *valeur diagnostique* de ce nouveau procédé et c'est encore sur le conseil de notre Maître que nous avons comparé les résultats de la cutiréaction avec ceux de l'oculoréaction et de l'injection sous-cutanée de tuberculine.

Mais au cours des investigations la question nous a paru *beaucoup plus complexe et d'un intérêt beaucoup plus élevé*, beaucoup plus général, car nous avons été, à plusieurs reprises, amené à tenir compte des phénomènes biologiques si importants constitués par la sensibilisation et l'immunisation de l'organisme.

Car, après avoir considéré la cutiréaction à la tuberculine, après avoir constaté des faits qui plaident en faveur de sa valeur diagnostique, nous avons étudié *les rapports qui existent entre l'injection sous-cutanée de tuberculine et la cutiréaction*, les influences et les modifications de la première sur la seconde, influences et modifications en rapport, nous semble-t-il, avec l'état de sensibilisation ou d'immunisation des sujets.

Pour nous, les faits signalés peuvent, dans une certaine

part, contribuer à éclairer ces questions encore obscures. Nous tenons à exprimer ici nos remerciements sincères à M. le Professeur Hutinel, à MM. les professeurs agrégés Méry et Nobécourt, à MM. Variot, Richardière et Papillon. Tous nous ont laissé pour nos recherches la plus grande latitude, mettant à notre disposition les malades de leurs services et voulant bien s'intéresser à nos travaux. Qu'ils veulent bien agréer l'expression de toute notre reconnaissance.

La plus grande partie de ce travail nous a servi pour établir le mémoire que nous avons présenté, en janvier 1908, au concours de la médaille d'or. Quelques-unes de ces pages ont été publiées dans certains articles ou certaines communications à diverses sociétés : cependant nous n'avons pas hésité à reprendre la question de la cutiréaction à la tuberculine pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Des événements indépendants de notre volonté nous ont empêché, pendant quelques mois, de continuer les recherches que nous avions commencées dès juillet 1907. A vrai dire, nous ne regrettons pas ce moment d'arrêt. Grâce au recul des temps, on juge mieux. Certains points, qui paraissaient tout d'abord de première importance, s'éloignent, s'estompent, semblent disparaître, tandis que d'autres subsistent, résistent à la critique par cela même que leur intérêt scientifique était plus grand ; certaines opinions se modifient, certains faits changent d'aspect : c'est pourquoi nous pensons que l'on peut traiter encore avec fruit la question Cutiréaction et qu'il n'est pas « trop tard pour parler encore d'elle », malgré les travaux si nombreux qu'ils semblent, à première vue, avoir dû épuiser à jamais ce sujet.

Une étude sur la Cutiréaction devrait, comme l'a fort bien

écrit notre collègue, le Dr Oppert, comporter trois parties : un exposé historique et critique des faits expérimentaux et cliniques ; une étude clinique personnelle, une étude de contrôle expérimental chez l'animal.

L'étude historique nous paraît être aujourd'hui d'un médiocre intérêt, tant articles, communications et études se sont succédé abondants et rapides. Le lecteur trouvera l'indication bibliographique de la plupart d'entre eux à la fin de cette thèse.

Pour nous, l'étude critique nous a semblé œuvre au-dessus de nos forces et surtout œuvre, sinon impossible, du moins difficile pour les raisons que nous allons exposer. Pour faire utilement la critique d'œuvres scientifiques il est nécessaire, croyons-nous, que les phénomènes observés soient rapportés avec des détails tels que ceux-ci suppléent chez le lecteur à l'absence de constatations de visu. Or, il est loin d'en être toujours ainsi et dans la plupart des travaux publiés les observations sont tellement succinctes que la critique n'est pas possible : il faut s'en rapporter aveuglement au dire de l'auteur.

De plus, les conditions d'observations varient : tel, par exemple, qui emploie la tuberculine brute constate des résultats tout autres que ceux offerts à la vue de celui qui, comme nous, a employé la tuberculine au 1/10. Il semble, en effet, que la teneur en tuberculine de la solution employée ait une importance considérable, une influence primordiale dans le nombre ou l'intensité des résultats positifs. N'ayant employé que la tuberculine au 1/10 à l'exclusion de toute autre, nous n'avons voulu parler que de ce que nous connaissions.

Enfin, faire un contrôle expérimental de la Cutiréaction nous a paru œuvre pleine d'embûches et fertiles en erreurs

d'interprétation. Pour nous, ce qui est vrai pour l'homme, n'est pas toujours vrai pour l'animal. On verra au cours de ces recherches combien sont différentes avec un même produit, dans des conditions aussi identiques que possible, les réactions cutanées observées chez l'homme et chez le cobaye, par exemple.

Aussi, pour nous conformer au désir de la Faculté qui veut qu'une thèse inaugurale soit œuvre personnelle et travail original, avons-nous seulement rapporté ici nos recherches antérieures.

Nous étudierons successivement la cutiréaction dans son mode opératoire, sa morphologie macroscopique et microscopique, son individualité, ses variations d'intensité et d'aspect en rapport avec certains états spéciaux, puis, étudiant les renseignements par elle donnés comparativement aux résultats de l'injection sous-cutanée de tuberculine, nous chercherons à en tirer des conclusions.

Nous présentons ici un certain nombres d'observations toutes déjà âgées. Grâce à l'obligeance toujours si grande de notre maître, le Dr Richardière, nous avons pu, dans son service de l'hôpital des Enfants-Malades, pratiquer près de 200 cutiréactions ; mais nous avons préféré n'en point faire état. Il nous a paru en effet — en ce qui concerne les cutiréactions à la tuberculine — plus exact de nous borner à des recherches faites dans un même milieu social ; or, les malades de l'hôpital des Enfants-Malades diffèrent quelque peu, ainsi que chacun sait, des patients observés à l'hospice des Enfants-Assistés.

Toutes nos observations sont reproduites dans ce travail intégralement et avec un luxe de détails qui peut surprendre ou paraître excessif ; mais nous avons voulu que nos recherches puissent être examinées, contrôlées et partant discutées.

Au surplus, tout n'a pas encore été dit sur la cutiréaction. L'étude de ce phénomène biologique si intéressant est à compléter, quoi qu'on en ait écrit. Plus tard, si l'on voit que la cutiréaction n'a pas tenu tout ce qu'elle avait promis, au moins aura-t-elle eu le grand mérite d'avoir suscité des recherches nombreuses, sérieuses autant qu'intéressantes, et, dans un autre ordre d'idée, d'avoir montré la tournure d'esprit de quelques-uns, qui, après avoir dédaigné et décrié cette cutiréaction vouée pour eux à un rapide oubli, l'ont, par un brusque retour, louangée, portée aux nues en attendant sans doute que vienne une nouvelle méthode à laquelle le même sort sera, par eux, réservé.

RECHERCHES

SUR LA

CUTIRÉACTION A LA TUBERCULINE

EN PARTICULIER CHEZ LES ENFANTS

CHAPITRE I

GÉNÉRALITÉS

Depuis le mémoire de Von Pirquet de nombreuses recherches ont été faites sur la cutiréaction.

Etant donné l'intérêt qui s'attache à cette question, il importe de connaître la teneur succincte des premiers travaux auxquels a donné lieu cette méthode récente.

C'est le 8 mai 1907, à la Société Berlinoise de Médecine, que Von Pirquet indiqua un procédé nouveau pouvant servir au diagnostic des affections tuberculeuses. Il a été amené à cette conception, en se basant sur des faits d'observation relatifs au vaccin de génisse et sur lesquels il importe de revenir.

L'opinion courante, d'après laquelle le vaccin confère une immunité complète pour plusieurs années, ne serait pas tout à fait conforme à la vérité.

En 1906, en effet, Von Pirquet (1) avait montré qu'une vac-

(1) Von Pirquet, Die frühzeitze réaction beï da Schutzpockenïmps fung : *in Wien. Klin. Wochen.*, t. XIX, 12 juillet 1906, p. 855.

cination jennérienne, pratiquée plusieurs années après la première, se caractérise par une évolution rapide de l'éruption. Ce fait était connu et certains cliniciens l'avaient observé. Par contre, l'on connaissait moins le mode présenté par l'éruption, quand on revaccine un sujet quelques mois seulement après la première vaccination. Pour Von Pirquet, il n'existe pas d'immunisation absolue. Cette immunité ne serait qu'apparente. On la croit absolue parce que les sujets revaccinés ne sont vus à nouveau qu'au bout de 5 à 6 jours. Au contraire, l'organisme réagit très rapidement, et quelquefois dans les 24 heures, sous forme d'une petite papule très caractéristique en l'espèce. La réaction papuleuse est donc prématurée.

L'auteur attribue à l'action des anticorps cette réaction précoce, qui ne surviendrait jamais chez les sujets n'ayant pas été vaccinés auparavant. Un sujet qui réagit de la sorte au vaccin jennérien est un sujet qui a déjà été vacciné. Cette présence de la papulette, dans les 24 heures qui suivent la revaccination, permettrait donc de conclure à une vaccination antérieure. Telles sont les idées de Von Pirquet. Ces résultats furent, il est vrai, contestés par Nobé (1).

Rapidement, Von Pirquet passa de la vaccination Jennérienne à d'autres maladies infectieuses comme la tuberculose et l'auteur montra que pareils phénomènes se présentaient dans cette dernière affection.

A l'inoculation cutanée superficielle, faite avec une quantité minime de tuberculine, on obtiendrait chez les sujets tuberculeux une réaction précoce qu'on ne constaterait jamais chez l'individu sain. Par des recherches antérieures, Von Pirquet devait donc arriver fatalement à la cutiréaction

(1) Nobé, *Wien. Klin. Worch*, 9 août 1906, p. 975.

et cela, par suite de déductions éminemment scientifiques et savantes. La cutiréaction ne découle donc pas de la « strich-réaction » d'Eschrich que l'on observe à la suite de l'injection de tuberculine ; au surplus, nous montrerons que ces deux réactions diffèrent totalement l'une de l'autre.

Voici le procédé de Von Pirquet. Il verse quelques gouttes de tuberculine sur le bras, puis il fait une scarification sur la peau, afin de permettre la pénétration de la tuberculine ainsi déposée. Chez les sujets porteurs de tuberculose, on voit apparaître, un ou deux jours après l'inoculation, une petite papule au point scarifié. L'auteur fait des réserves sur la valeur de cette réaction ; mais on l'a rencontrée, dit-il, chez des enfants présentant des signes cliniques manifestes de tuberculose, dans la scrofulose et dans des tuberculoses chirurgicales. Ses premiers résultats furent discordants, il est vrai, puisqu'il obtint six réactions positives contre cinq négatives dans onze cas de méningite tuberculeuse. Plus tard, il établit nettement les conditions dans lesquelles la cutiréaction se montre négative chez des tuberculeux avérés.

Telle est la substance des premières recherches sur la cutiréaction. Le 6 juin 1907, Von Pirquet fit une nouvelle communication au Congrès de médecine de Vienne, section de Pédiatrie, et son travail fut publié, in extenso, dans le *Wiener Medizinischen Wochenschrift*, n° 28, 1907.

La question fut reprise, en France, le 3 juin 1907, à l'Académie des sciences, par M. Vallée (1) qui, dans une note présentée par M. Roux, recherche « si cette forme « spéciale de l'épreuve à la tuberculine des organismes sus-« pects de tuberculose, est applicable aux animaux et quelles

(1) H. Vallée, « Sur un nouveau procédé de diagnostic expérimental de la tuberculose », *Académie des Sciences*, 3 juin 1907, p. 1243.

« sont les conditions de son utilisation ». Il rapporte en effet des résultats favorables à la méthode, indique le manuel opératoire par lui employé et décrit la forme de la réaction. Il fait remarquer d'abord, que cette cutiréaction ne s'accompagne pas de réaction thermique bien nette et, ensuite, que l'intensité de la réaction obtenue chez l'animal tuberculeux ne semble nullement en rapport avec la gravité ou l'étendue des lésions.

Ses expériences portaient sur des animaux.

L'auteur termine en disant, que la cutiréaction se dessine fort mal chez les sujets qui reçoivent en même temps de la tuberculine par voie hypodermique et par des scarifications. Elle serait, au contraire, pour lui, aussi nettement obtenue chez des sujets qui ont reçu, à maintes reprises, par voie sous-cutanée, des doses même fort élevées de tuberculine, que chez ceux qui n'ont été soumis qu'à une seule injection de tuberculine dans les jours précédents.

C'est à la même Société, à la séance suivante, le 17 juin 1907, que M. Calmette (1) indique les résultats de l'oculo-réaction suivant la méthode de von Essneir.

M. Roux présente au nom de M. Vallée (2) une nouvelle note sur la cutiréaction. Les réactions les plus nettes sont fournies par les scarifications qui intéressent l'épiderme et une faible épaisseur du derme, par celles qui donnent un léger suintement sanguin. Elles apparaissent vers la 36e heure et prennent quelquefois l'aspect des lésions de tuberculose verruqueuse de la peau humaine. En se flétris-

(1) A. Calmette, « Sur un nouveau procédé de diagnostic de la tuberculose chez l'homme par l'ophtalmo-réaction à la tuberculine », *Académie des Sciences*, 17 juin 1907.

(2) H. Vallée, « De la cutiréaction comme diagnostic expérimental de la tuberculose », *Académie des Sciences*, 17 juin 1907.

sant, les papules fournissent des squames épidermiques, adhérentes, dont l'arrachement, quelquefois douloureux, laisse à nu une surface suintante.

Pour M. Vallée, les bovidés tuberculeux seraient inaptes à fournir de façon constante des cutiréactions en série, si plusieurs semaines ne séparent pas les deux opérations successives. L'auteur répète que, pour lui, l'injection sous-cutanée de tuberculine empêcherait l'évolution totale ou complète de la cutiréaction quand les deux opérations sont faites au même moment; puis il indique les dangers possibles de l'oculoréaction en médecine humaine. *Le 16 juin 1907*, pour la première fois, il est question de la cutiréaction à *la Société Médicale des hôpitaux*, à propos d'une discussion soulevée par les recherches de M. Poncet et de M. Millian sur le rhumatisme tuberculeux, et par les observations de M. Souques sur ce sujet. M. Sicard. (1) dit quelques mots de cette nouvelle méthode de diagnostic. Il indique sa technique et propose une classification des réactions, suivant leur intensité. Son étude se base sur 27 cas ; mais, à cause des résultats obtenus, l'auteur se borne à dire que « l'ensemble de ses observations ne permet pas d'apporter, « au moins jusqu'à présent, des conclusions pratiques sur « la valeur de la cutiréaction chez l'homme. On sait qu'au « contraire M. Vallée a obtenu en pathologie animale les « résultats démonstratifs les plus nets ».

Quelques jours plus tard, M. Fernand Arloing (2) dépose à la Société de Biologie des conclusions qui sont en opposition absolue avec celles de M. Vallée. Prenant 28 animaux

(1) Sicard, *Soc. méd. des hôp.*, 14 juin, p. 623.

(2) F. Arloing, « Sur la réaction cutanée à la tuberculine », *Société de biologie*, 22 juin 1907.

divers, parmi lesquels 15 sujets sains à titre de témoins, M. Arloing a créé une tuberculine expérimentale — par voie digestive chez 2 veaux, 3 chèvres, 3 chiens — par voie sanguine chez 1 veau, — par voie séreuse chez une vache, 1 chien, 1 lapin — par la voie sous-cutanée chez les autres sujets. Tous ces animaux ont été éprouvés à la tuberculine sous-cutanée et ont réagi d'une façon positive à cette épreuve, faite au moins 7 semaines avant la cutiréaction. Il a pratiqué, chez ses témoins et ses animaux tuberculisés, des scarifications, soit dans la région périnéale ou vulvaire, soit dans la région abdominale, au voisinage du pli inguinal en évitant, dit-il, toute hémorrhagie. Dans de telles conditions, il lui a été impossible de constater une réaction cutanée précise et spécifique sous l'influence de la tuberculine.

Se demandant si la glycérine que contenait la solution employée ne serait pas responsable de la réaction locale, il a fait une nouvelle série d'expériences comparatives sur des animaux sains et infectés. Il s'est servi d'une solution d'eau glycérinée à 50 0/0 appliquée sur les scarifications. Il a obtenu un peu d'épaississement et de rougeur des lèvres de la scarification. Ces réactions sont, d'ailleurs, éminemment variables avec les individus et sont, M. Arloing le reconnaît, moins constantes et plus fugaces que celles dues à la tuberculine. Il termine en disant qu'il n'a pas pu constater nettement chez des animaux tuberculeux une réaction cutanée à la tuberculine, réaction semblant spécifique et pouvant aider au diagnostic. Pour lui, la cutiréaction à la tuberculine n'est pas constante.

M. Burnet (1) qui dit n'avoir jamais présenté aucun

(1) Burnet, « Réaction cutanée de von Pirquet », *Société de Biologie*, du 22 juin 1907.

symptôme clinique de tuberculose, a publié son auto-observation. Il a pratiqué sur la peau du bras 7 scarifications qui n'ont amené aucune goutte de sang. 3 scarifications ont servi de témoins, les 4 autres ont été enduites d'une goutte d'une solution de tuberculine précipitée par l'alcool et redissoute à 50 milligrammes par centimètre cube. A la 5e heure : érythème net des bords des traits.

A la 12e heure, traînée rouge vif d'un trajet lymphatique. A la 34e heure, seconde traînée et les 4 stries sont englobées dans la même zone rouge œdémateuse. Maximum de réaction vers la 40e heure, puis diminution de l'œdème, de la rougeur et des traînées. Pas de fièvre, pas de tuméfaction ganglionnaire, pas de douleur, à peine quelques démangeaisons. Au 3e jour, lassitude et légère courbature. Telle est son observation.

Tels sont, brièvement relatés, les travaux initiaux auxquels a donné lieu la cutiréaction : d'une part, les recherches de Pirquet à l'étranger et celles de Vallée, de Sicard en France, d'autre part, les négations de F. Arloing.

L'élan était donné. Dès lors les publications se succèdent. Dufour, Sicard et Descomps, Dufour et Brulé, Guinard de Bligny, Olmer et Terras, pour n'en citer que quelques-uns, apportent les résultats de leurs recherches et l'on voit le monde médical, tant en France qu'à l'étranger, se passionner pour cette nouvelle méthode du diagnostic. Il est juste de remarquer d'ailleurs que dans toutes ces controverses chacun couche en quelque sorte sur ses positions, n'abandonnant pas l'opinion primitivement émise, favorable ou défavorable suivant les auteurs. Nous-mêmes sommes assez heureux de pouvoir, en collaboration avec notre ami Marcel Ferrand, établir les premiers l'histologie complète de la cutiréaction, travail qui avait été, il est vrai,

à peine ébauché quelques semaines plus tôt par M. Burnet.

Pirquet défendant sa méthode apporte au même moment le résultat de 100 cutiréactions avec autopsie. Puis nous signalons à la Société de Biologie quelques points particuliers de la cutiréaction à la tuberculine. Ces recherches font l'objet d'un article de la *Presse Médicale.*

Nobécourt et Mantoux publient les résultats de leurs recherches expérimentales chez le lapin rendu tuberculeux et comparent la valeur de la cutiréaction et celle de l'oculoréaction. Car, il faut bien le reconnaître, les travaux sur la cutiréaction eussent certainement été moins nombreux, si dans le même temps n'étaient apparues deux méthodes également élégantes qui avaient chacune leurs partisans. La thèse d'Oppert, parue en juillet 1908, est un des travaux les plus importants sur cette question. Il la met au point d'une façon nette et précise et l'auteur expose clairement le mécanisme application de la théorie des anticorps. Puis vient l'introdermo réaction de Mantoux qui sembla pour un instant faire oublier la méthode de Pirquet et qui aujourd'hui subit des attaques analogues à celles réservées jadis à la cutiréaction.

Et puisque nous jetons un coup d'œil rétrospectif sur les travaux qui découlent plus ou moins de la cutiréaction, rappelons qu'au début l'idée de Mantoux n'était pas d'apporter un mode de diagnostic nouveau. Primitivement, cet auteur avait pour but de chercher, autant que faire se peut, à déterminer quelle était la dose exacte de tuberculine utile, quelle était la quantité de tuberculine nécessaire suffisante pour donner lieu à une cutiréaction.

Pour intéressante que soit cette nouvelle méthode de diagnostic, il faut en toute équité reconnaître qu'elle semble bien être de quelque peu postérieure à la réaction à la pi-

qûre d'Hamburger (1) dont elle n'est, somme toute, que la sœur française.

A Mantoux revient le mérite d'en avoir fait un mode de diagnostic élégant étudié maintenant en France.

Mais avant que d'exposer nos recherches il paraît utile de dire quelle a été notre méthode de travail.

Après quelques cutiréactions faites chez des sujets nettement tuberculeux, nous nous sommes demandé s'il ne serait pas possible d'obtenir avec des produits autres que la tuberculine, produits toxiques ou toxiniens, des réactions identiques à celles que produit la cutiréaction à la tuberculine. Rapidement nous avons vu que nous étions dans l'erreur et que, macroscopiquement comme microscopiquement, la cutiréaction avait bien une individualité propre immuable. Ce point une fois acquis, troublé que nous étions par les résultats positifs observés chez des sujets indemmes de tuberculose clinique, nous avons demandé à l'injection sous-cutanée de tuberculine de trancher le différend. C'est alors que nous avons pu observer les points particuliers rapportés à la Société de Biologie et que, comparant les résultats de l'oculo-réaction, de l'injection sous-cutanée de tuberculine pratiquées chez un malade, nous avons pu nous faire une idée de la valeur diagnostique du nouveau procédé de Von Pirquet.

(1) Hamburger, *Wien. Klin. Wochensch.* 2012 p. 381, 1908. Cet auteur fait la cutiréaction par la piqûre en injection sous-cutanée de tuberculine. Dose employée 1/10 à 1/1000 de milligramme. Il a vu des enfants réagir à des doses de 1/1 000 000 de milligramme de tuberculine et même à des doses inférieures. Pour lui ce procédé serait plus sensible que la cutiréaction et seule cette nouvelle réaction serait capable de donner la mesure de la fréqnence de la tuberculose active ou éteinte chez l'enfant.

CHAPITRE II

MANUEL OPÉRATOIRE. LA CUTIRÉACTION : DESCRIPTION, HISTOLOGIE, FORMES CLINIQUES, ÉVOLUTION, DIAGNOSTIC

Les auteurs qui, après Von Pirquet, ont étudié la cutiréaction ont apporté quelques modifications au manuel opératoire préconisé par le promoteur de la méthode ; mais le point essentiel subsiste. Il consiste dans une ou plusieurs scarifications qui servent à l'introduction, dans les lèvres de la plaie ainsi produite, d'une solution de tuberculine à des titres divers.

Dans son mémoire primitif, Von Pirquet indique son procédé. Sur la peau d'un sujet, après asepsie préalable, il dépose une goutte de tuberculine à 25 0/0 ; puis à l'aide d'une lancette il produit des scarifications peu profondes. Il évite les grosses effusions de sang ; mais il éraille suffisamment l'épiderme de façon à ce que le derme soit atteint. Il laisse sécher et contrôle ultérieurement le résultat de son intervention.

Par la suite, Von Pirquet (1) a varié la teneur en tuberculine de sa solution. Suivant le point particulier à étudier, il emploie tantôt la solution 1/10, tantôt celle à 25 0/0, tantôt la tuberculine brute.

En France, M. Vallée, opérant sur des animaux, adopte

(1) Von Pirquet, *loc. cit.*, *Winer Klin. Woch.*, 19 sept. 1907.

la même méthode. Il rase et aseptise la région sur laquelle doit porter la scarification.

Le manuel opératoire de *M. Sicard* (1) est peu différent, somme toute, de celui de Von Pirquet : « après asepsie de « la peau, quatre piqûres légères sont faites à la face anté- « rieure de la cuisse, espacées l'une de l'autre de 1/2 centi- « mètre environ. Puis, à l'aide de l'extrémité d'un agitateur « en verre, on promène à la surface des piqûres, dont on a « étanché le suintement sanguin, le liquide tuberculinique. « On laisse sécher soit à l'air libre pendant dix minutes, « soit pendant quelques heures sous un verre de montre, « maintenu par une bande de diachylon ».

M. Dufour (2) agit à peu près de même, mais il semble que ses scarifications soient plus longues que celles de M. Sicard, ce qui explique peut-être l'intensité, ou plus exactement, l'étendue plus considérable des réactions qu'il a obtenues. De plus, il emploie des scarifications témoins : « après lavage de la peau à l'alcool j'ai pratiqué avec un « scarificateur de deux à trois incisions parallèles de 1 cen- « timètre à 1 centimètre 1/2 de long, suffisamment profondes « pour qu'il y ait un léger écoulement de sang. L'une des « scarifications était recouverte de une à deux gouttes de « tuberculine ; la deuxième témoin, ne recevait rien, la « troisième, dans les cas où je l'ai faite, était recouverte « de glycérine simple ».

La façon d'opérer de M. Sicard a un avantage, celui de pouvoir établir facilement, pour les résultats positifs, une échelle d'intensité. Par contre, elle présente un léger inconvénient. Il peut y avoir confluence entre les réactions qu'entourent les scarifications rapprochées (réaction moyenne de

(1) Sicard, *loc. cit., Soc. med. hôp.*, 14 juin 1907, p. 623.
(2) Dufour, *loc. cit. Soc. méd. hôp.*, 21 juin 1907, p. 628.

M. Sicard). Il devient alors difficile, sinon impossible, d'étudier individuellement chaque évolution réactionnelle. De plus, en agissant ainsi, on pouvait redouter qu'une réaction trop forte ne vint provoquer une escharification, une ulcération ou quelqu'accident analogue. Cette crainte était légitime, quand, aux débuts des recherches, on connaissait mal la cutiréaction. Elle n'a plus de raison d'être aujourd'hui.

C'est pourquoi en juillet 1907, après 5 ou 6 cutiréactions, faites suivant le procédé de M. Sicard (obs. nos 53,188, 172, etc.), nous avons bientôt préféré adopter une technique analogue à celle employée pour la vaccination jennérienne. Notre but était d'éviter des accidents possibles dont nous ne pouvions, par ignorance, supposer ni la nature ni l'intensité. Nous voulions aussi pouvoir étudier plus complètement la cutiréaction dans son évolution individuelle. Après avoir aseptisé la peau du bras au niveau du V deltoïdien, par un lavage à l'alcool et à l'éther, nous laissions se produire l'évaporation de ces liquides. Ensuite, trempant un vaccinostyle individuel du Dr Mareschal, dans la solution de tuberculine à employer, nous pratiquions, sur la région aseptisée, trois scarifications. Celles-ci ont été longues d'un demi-centimètre au maximum, de 3 millimètres en moyenne. *Quelques-unes ont été ponctiformes.* Placées à chacun des angles d'un triangle assez exactement équilatéral, ces scarifications étaient séparées les unes des autres par une distance de 2 à 3 centimètres en moyenne. Nous estimons que la profondeur de nos scarifications fut d'emblée toujours sensiblement égale.

Nous nous sommes efforcé d'éviter un écoulement de sang considérable. Par contre, ainsi que le recommande M. Vallée, nous avons toujours tenu à obtenir un faible

suintement sanguin. On arrive vite, par la pratique, à érailler l'épiderme et à entamer le derme suffisamment pour que, sur le fond de la plaie qui se montre d'abord d'une coloration bleu-gris, apparaisse une sorte de rosée rougeâtre formée par quelques minimes gouttelettes sanguines. Celles-ci ne tardent pas, d'ailleurs, à remplir le sillon formé par la scarification. Il nous paraît que la meilleure scarification est celle qui remplit ces conditions, celle dans laquelle le sang épanché n'est pas assez abondant pour baver en dehors des lèvres de la plaie.

Cette méthode des scarifications isolées a été d'ailleurs dans le même temps employée par M. Guinard (1) et par MM. Olmer et Terras (2), ainsi que nous l'ont appris, ultérieurement, leurs articles. Donc sur un bras, nous procédons à des scarifications avec un vaccinostyle trempé dans la solution à employer.

De plus, sur le bras du côté opposé, nous faisons, à titre de scarifications témoins, sur la région correspondante aseptisée elle aussi, une scarification simple et deux scarifications avec un vaccinostyle trempé dans de la glycérine simple stérilisée. Puis on laisse sécher dix minutes à l'air libre. Il ne semble pas nécessaire de faire de pansement ni de recouvrir avec un verre de montre. Ultérieurement, nous avons légèrement modifié ce procédé indiqué. En saisissant à pleine main le bras de l'enfant par sa partie postérieure, les doigts recourbés sur la partie antérieure, nous tendons fortement la peau et de l'autre main pratiquons des scarifications aussi superficielles que possible. Puis, augmentant la tension de la peau et l'étirant légèrement, nous provo-

(1) Guinard, *loc. cit.*, *Bulletin médical*, 14 sept. 07.
(2) Olmer et Terras, *loc. cit.*, *Presse médicale*, n° 75, 18 sept. 1907.

quons par l'écartement des lèvres de la petite plaie l'apparition de quelques très fines gouttelettes de sang. Ainsi par un petit artifice se trouve réalisé ce desideratum que nous jugeons bon, c'est-à-dire l'apparition d'une quantité de sang aussi minime que possible, effusion sanguine qui peut, à notre avis, devenir un écueil si le sang vient à baver hors des lèvres de la plaie.

Plus tard, nous jugeant suffisamment expérimentés, nous avons à maintes reprises négligé les scarifications témoins. A notre avis, ces scarifications témoins sont des plus recommandables. On ne peut se permettre de les négliger qu'autant que l'on a une grande habitude de la cutiréaction. La scarification témoin reste donc pour nous une manœuvre de prudence, puisqu'elle peut servir de base de comparaison.

Ce procédé de scarification aussi petite que possible dans la région deltoïdienne est un procédé commode que nous avons adopté dès le début de nos recherches. Quand il a passé de l'étude de l'oculoréaction à l'étude de la cutiréaction M. Comby a daigné en reconnaître les avantages, le faire sien et l'adopter. Grâce à M. Apert (1), il est connu maintenant sous le nom de « procédé de M. Comby ». Il a donc aujourd'hui beaucoup de chances d'être maintenu et conservé.

Aussi bien le lieu où siège la scarification a peu d'importance. Seuls ont un intérêt le résultat et la possibilité d'étudier utilement ce résultat.

La précaution qui consiste à annoncer au malade qu'on va le vacciner alors qu'en réalité on lui fera une cutiré-

(1) Olmer et Terras, *loc. cit.*, *Presse med.*, 18 sept. 1907. Ferrand et Lemaire, *Presse méd.*,28 sept.1907.Comby, *Soc. med. Hôp.*, 15 mai1908. Apert, *Soc. méd. Hôp.*, 15 mai 1908.

action à la tuberculine ne nous paraît pas nécessaire.

La solution de tuberculine primitivement employée nous a été gracieusement délivrée par l'Institut Pasteur de Paris : « Solution de tuberculine 1/10 pour cutiréaction chez l'homme ». Plus tard nous nous sommes également adressé à ce même laboratoire qui nous a remis toujours avec générosité « la solution mère » destinée à servir à la fois à la cutiréaction, à l'oculoréaction et aux injections sous-cutanée, de tuberculine.

Pour cette dernière méthode de diagnostic on emploie la solution mère après dilution dans le sérum artificiel. Cette « solution mère » est une solution qui contient dix milligrammes de tuberculine solide par centimètre cube. Elle a donc le même titre que la première.

L'une et l'autre donnent, chez un même malade, des résultats identiques.

Quels sont les résultats de ces cutiréactions, sous quelle forme générale ou sous quelles formes particulières se présentent les réactions, quels en sont les degrés divers, quelle est leur date d'apparition, leur durée, quelles sont les causes pouvant induire en erreur dans l'interprétation des réactions? C'est ce que nous allons étudier.

Faut-il répéter que nous nous sommes exclusivement servi de la solution de tuberculine à 1/10 pour nos cutiréactions? Tous les résultats que nous indiquons ont été obtenus avec une solution du titre indiqué.

Description générale. — Essentiellement polymorphe, la cutiréaction se prête mal à une description unique. Cependant, quelle que soit son intensité ou sa durée, il est des caractères généraux que nous allons indiquer en prenant pour type une cutiréaction idéale. Nous la suivrons petit à petit, au fur et à mesure de son apparition et de son évolution.

Qu'il s'agisse d'une scarification témoin simple, ou témoin chargée de glycérine stérilisée, ou bien qu'il s'agisse d'une scarification enduite de tuberculine, il existe après ces scarifications une légère rougeur des bords de la plaie. Cette rougeur est due, très vraisemblablement, au léger traumatisme que l'on vient de produire, sans qu'entrent en ligne de compte les substances employées. Cette rougeur est très minime. Elle s'étend de chaque côté des lèvres de la plaie, à peu près à une distance égalant l'épaisseur d'une feuille de papier. Elle subsiste pendant une heure ou deux. Puis, quand la croutelle, qui remplit le sillon de scarification, s'est formée par coagulation du sang exsudé, tout rentre dans l'ordre et l'érythème disparaît. C'est ce que l'on voit du moins pour les scarifications témoins simples, ou pour les scarifications enduites de glycérine stérilisée.

Il en est tout autrement des scarifications produites avec le vaccinostyle chargé de tuberculine.

Tantôt cet érythème disparaît comme dans les scarifications témoins pour ne plus revenir si la réaction reste négative.

Tantôt, il disparaît, s'éteint pour réapparaître, si la réaction devient positive.

Tantôt, au contraire, alors que s'efface cet érythème traumatique des scarifications témoins, on le voit persister au niveau de la scarification à la tuberculine et s'étendre ensuite progressivement. Puis, ordinairement 8 à 9 heures après la scarification, quelquefois plus rapidement, au bout de 4 à 5 heures (obs. nos 8, 28, 47, 85, 115, 129) il se produit une sorte de gonflement œdémateux des lèvres de la plaie, en dehors de la croutelle de scarification qui est entourée d'une légère rougeur. Il y a donc d'abord surélévation de la zone de réaction. Vue de profil, à jour frisant,

on la voit nettement se dessiner et faire papulation à la surface de l'épiderme. Rarement (obs. nos 13, 18, 56, 91, 99) la croutelle est soulevée par un exsudat de couleur blanchâtre donnant à la scarification elle-même un *aspect crémeux*. Si l'on vient à dilacérer cette croutelle, on fait sourdre quelques goutelettes de liquide louche, sérosité jaune ambrée qui fait tache sur le linge et qui l'empèse. La réaction s'étend, gagne tout autour de la scarification. Elle se présente sous l'aspect d'une macule, plus ou moins large suivant son intensité, et plus ou moins longue, sa longueur étant en rapport la plupart du temps avec celle de la scarification. Son extension est progressive. Quelle que soit l'étendue ou l'intensité de la réaction, on peut admettre qu'elle a atteint son maximum entre le 2e et le 3e jour. Dans le même temps, mais un peu tardivement, un autre phénomène se produit qui, pour nous, a une grande valeur : c'est l'*induration*. Dans les cas douteux, elle sera l'élément le plus important du diagnostic différentiel. La zone de réaction semble alors former un seul bloc indépendant, adhérent au derme, mobile sur les plans profonds. *Donc macule d'abord, papule ensuite, puis induration.*

Quand la réaction est assez étendue pour pouvoir être saisie entre les doigts, on sent une sorte de nodulation au niveau de la cutiréaction positive, nodule induré mou, dont la consistance rappelle celle qui est produite par une piqûre de moustique. S'agit-il d'un cas moins intense, s'agit-il d'une petite réaction de 2 à 3 millimètres de diamètre ? on peut noter par le simple toucher cette *induration qu'il faut toujours rechercher*. En passant légèrement l'index sur la réaction, on sent rouler sous la pulpe du doigt une sorte de petite tumeur mobile donnant la sensation d'un grain de millet ou d'un pépin de raisin. La cutiréaction est

alors papuleuse, beaucoup plus au toucher qu'à la vue.

Cette induration peut être de longue durée. Elle semble donc par cela même être l'élément important de la réaction. C'est elle qui disparaît la dernière. On peut la retrouver même après qu'ont disparu la rougeur et la surélévation, même après que la peau a repris son aspect normal. Parfois, il se produit ce que l'on pourrait appeler une *cutiréaction à distance :* au niveau de la scarification existe un très léger érythème et, à 1 ou 2 millimètres de cette scarification, séparée d'elle par un espace de peau saine, se développe la cutiréaction avec ses caractères ordinaires simulant la fausse vaccine (obs. nos 50 et 106) *Rougeur, surélévation, induration* sont donc les *trois principaux éléments constitutifs de la cutiréaction positive.*

La rougeur, la surélévation, l'induration, restent stationnaires pendant des temps variables, puis la réaction diminue progressivement.

Avant de décrire cette régression de la cutiréaction positive, il importe de dire quelques mots ici d'une forme que l'on peut observer assez fréquemment : *c'est la forme urticarienne,* sur laquelle nous reviendrons. Nous verrons quelle place elle doit tenir dans l'échelle des intensités.

De tous les aspects que présente la cutiréaction, la forme urticarienne est celle qui peut être le mieux comparée à une piqûre de moustique. Elle n'arrive à ce stade qu'après avoir franchi ceux que nous avons indiqués. C'est ce qui justifie la description de cette forme en cet endroit.

Cette forme urticarienne peut être prévue quelquefois 15 à 18 heures après la scarification à la tuberculine. En effet, dans ces cas, la réaction apparaît plus rapidement que d'ordinaire et elle a une étendue beaucoup plus grande. Elle se présente sous forme d'une plaque ayant le plus

souvent les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50 centimes, c'est-à-dire de 12 à 15 millimètres de diamètre. Dans cette forme, la rougeur est plus accentuée, tirant davantage sur le rouge sombre avec des reflets violacés. Au centre, cette coloration est atténuée, moins intense qu'à la périphérie.

Si on examine les scarifications, au bout de 36 heures ou de 48 heures on constate cet aspect nettement urticarien. Autour du trait de scarification, la coloration rouge a fait place à une teinte jaune ambrée, brillante, entourée par la réaction elle-même, c'est-à-dire par une zone rouge vif. Vient-on à pratiquer une pression sur cette cutiréaction positive à forme urticarienne ? on voit la réaction disparaître incomplètement, la coloration rougeâtre s'atténue : seule subsiste intacte la teinte ambrée du centre. Sur ces deux parties, rouge et ambrée, de la zone réactionnelle se développent fréquemment des *petites papulettes* que l'on peut d'ailleurs rencontrer sur les autres cutiréactions, non urticariennes d'aspect, pour peu que celles-ci aient une certaine étendue, pour peu qu'elles présentent un diamètre de 5 à 7 millimètres au minimum. Ces papulettes sont rendues plus visibles encore quand on saisit entre le pouce et l'index la zone d'induration. Par cette manœuvre on fait saillir légèrement les papulettes.

Enfin, dans ces formes urticariennes, il est un phénomène, inconstant il est vrai, mais que l'on peut noter et qui semble propre aux cutiréactions d'une certaine intensité : c'est la formation d'un *halo périphérique*.

La réaction positive ne se détache plus aussi nettement sur la coloration rose chair de l'épiderme. En allant de la périphérie vers le centre, c'est-à-dire vers le trait de scarification, on voit se succéder toute une gamme de teintes variées. Insensiblement, l'épiderme perd sa coloration nor-

male, prend un aspect plus brillant, plus rose, avec un fond légèrement violacé qui s'accentue petit à petit et prend une teinte lilas. Puis, toujours en allant vers les scarifications, en dedans de ce halo, se voit la zone rose, centrée, comme nous l'avons dit plus haut, par une zone ambrée urticarienne. Ce halo disparaît quand on étire avec les doigts le revêtement cutané avoisinant. Par le toucher, on ne peut pas dire qu'il y ait à ce niveau des phénomènes d'œdème, car la peau garde sa souplesse entière. Cependant, à la vue, il semble bien qu'il existe là une infiltration même très légère des tissus. Ce phénomène de halo doit habituellement se produire assez rapidement, une fois que la réaction a atteint son intensité maxima. Dans un cas nous avons pu le voir apparaître en quelque sorte sous nos yeux en l'espace de moins d'une demi-heure (obs. 45).

Aussi bien ce halo est en général assez fugace. Il ne dure guère que 24 à 30 heures. C'est lui qui apparaît le dernier et c'est lui qui disparaît le premier, car, maintenant que nous avons suivi la cutiréaction en général dans son évolution progressive nous devons l'étudier dans sa *disparition*, dans sa *régression*.

D'après ce qui précède, nous savons que la cutiréaction est caractérisée par la rougeur plus ou moins étendue, avec ou non formation de papulettes, avec ou non halo périphérique, avec ou non aspect urticarien au centre et que toujours dans les cas positifs on trouve l'induration.

On peut admettre que, dans la grande majorité des cas, sauf cependant quand elle est très intense ou très faible, la cutiréaction positive commence à entrer en régression quand se sont écoulées 3 fois 24 heures.

Lorsqu'il a existé, le halo périphérique disparaît le premier, comme nous l'avons dit, et ne laisse après lui aucune

trace. A l'examen d'une cutiréaction positive vieille de 5 ou 6 jours, il n'est pas possible de dire s'il y a eu ou non un halo périphérique ; même quand on en a connu l'existence, on ne peut en retrouver les vestiges.

Le premier stade de régression est, nous semble-t-il, un décollement de l'épiderme au niveau des lèvres de la scarification, décollement précurseur de la desquamation.

En saisissant entre les doigts la zone de réaction, à chaque extrémité de la scarification, en pressant légèrement la petite tumeur ainsi formée, on produit, au niveau de la croutelle de cicatrisation, un plissement de l'épiderme qui peut être soulevé légèrement avec la pointe d'une épingle et qui peut se détacher en une fine pellicule.

La coloration se modifie. Rose au début, elle devient plus rouge vif à la période d'état. Elle prend ensuite une teinte vineuse avec un aspect légèrement violacé quand commence la régression. A cet aspect violacé succède une teinte cuivrée jambonnée rappelant, dans la perfection, cette teinte si spéciale bien connue des syphilides tertiaires. Et, cependant que la réaction diminue progressivement, on voit s'accentuer le décollement de l'épiderme. La zone réactionnelle se couvre d'une *desquamation* plus ou moins intense, la croutelle de cicatrisation tombe, de larges squames se détachent pour ne plus se reformer. Elles recouvraient totalité ou partie de la réaction mais n'en dépassaient pas les limites. On ne les retrouve pas au niveau du halo périphérique. Jointes à la coloration jambonnée signalée, elles peuvent donner à la réaction un aspect comparable à celui d'une plaque de psoriasis guttata.

Sous cette desquamation, qu'un coup d'ongle fait facilement sauter, la cutiréaction positive garde longtemps encore cet aspect cuivré, jambonné, puis elle change encore une

fois de teinte. De vieilles cutiréactions sont reconnaissables à la coloration brunâtre qu'elles laissent après elles et qui se rapproche de ce que l'on constate après un application de vésicatoire ou un badigeonnage un peu intense à la teinture d'iode.

L'induration, sur laquelle nous avons insisté au début de la description, diminue à son tour progressivement, elle semble disparaître quand apparaît la teinte marbrée terminale. Tout alors rentre dans l'ordre. Il ne subsiste plus que la trace de la scarification, petite cicatrice blanchâtre, sans caractère qui permette de dire s'il y a eu là cutiréaction positive, ou scarification témoin ou vaccination jennérienne avortée.

En résumé : rougeur, induration, surélévation, décollement des lèvres de la plaie, *aspect parfois urticarien, tels sont les principaux stades d'une cutiréaction positive.*

Les *modifications histologiques*, étudiées par biopsie, expliquent certaines des particularités que présentent les cutiréactions.

Nous avons étudié, histologiquement, avec notre collègue Marcel Ferrand (1), la cutiréaction chez 10 enfants. Nous en ferons une description d'ensemble, nous bornant à signaler les quelques particularités anatomiques que nous avons relevées. Nos prélèvements ont été faits de 12 heures à 5 jours après l'inoculation et sur des réactions de tous les degrés.

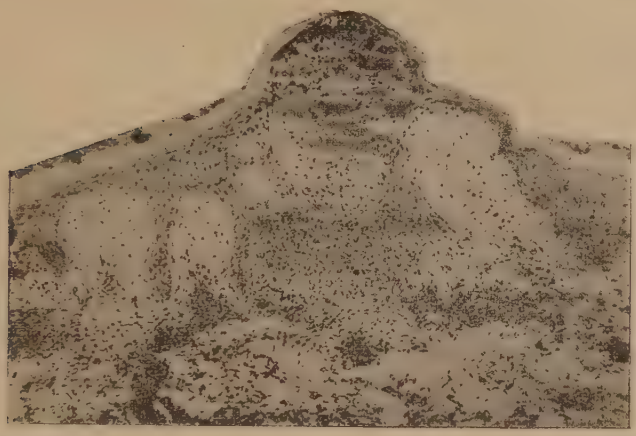
Les minimes fragments ont été fixés dans l'alcool et dans le liquide de Dominici. Les petites plaies produites se sont réparées très rapidement, ne laissant qu'une cicatrice peu

(1) Marcel Ferrand et Jules Lemaire, *Presse méd.*, n° 78, 28 septembre 1907.

visible, aisément confondue dans la région où nous avions intentionnellement opéré, avec des traces de vaccin.

Epiderme. Sur la ligne de scarification, l'épiderme est détruit sur une profondeur variable et remplacé par une croutelle en forme de coin, qui pénètre jusqu'au derme ou respecte les couches malpighiennes inférieures. Elle est formée par un exsudat fibrineux renfermant d'abondants leucocytes.

Cutiréaction à la tuberculine (1).



Réaction forte avec apparence urticarienne. Le long du trait d'inoculation, bourrelet formé par l'œdème qui distend et soulève l'épiderme. Faible réaction inflammatoire locale. Réaction considérable à distance et le long des vaisseaux.

Lorsque l'épiderme n'a pas été intéressé en totalité, les assises cellulaires qui persistent s'infléchissent en une légère dépression devant la croutelle. Elles sont composées de cellules gonflées et étirées, vacuolaires par place, séparées les unes des autres par un œdème souvent très important.

(1) Microphotographie de M. F. Normand, cliché Mansat.

Derme. Le derme est le siège *d'un œdème très marqué* sur toutes les coupes. On peut compter de chaque côté de la croutelle médiane quinze à vingt papilles allongées ou arrondies et triplées ou doublées de volume.

Elles forment parfois de volumineuses coupoles infiltrées de sérosité dans laquelle se voient quelques cellules et quelques globules blancs.

Sous la scarification, et suivant l'importance de celle-ci, le tissu dermique est atteint plus ou moins profondément. Il perd sa texture fasciculée, se montre comme dissocié en fines fibrilles qui s'unissent en mailles irrégulières, formant une sorte de tissu réticulé dans lequel apparaissent les débris cellulaires et un certain nombre de polynucléaires dégénérés. Par places, les faisceaux conjonctifs, encore conservés dans leur forme, sont granuleux, ternes, prenant mal les colorants, comme digérés.

Autour de cette zone, réaction inflammatoire importante au voisinage du trait d'inoculation, d'abondantes cellules conjonctives, allongées, irrégulières, quelques mastezellen, des cellules rondes et d'assez nombreux polynucléaires. Mais toutes ces cellules forment une nappe peu dense, très clairsemée même, sur beaucoup de préparations.

Au contraire, cette nappe est continuée très loin, en largeur et en profondeur, par de volumineux *et de nombreux manchons périvasculaires* constitués *presque en totalité par de petites cellules rondes.*

Alors que l'étendue de la destruction dermique et l'importance de l'afflux leucocytaire qui l'avoisine, paraissent déterminées par le degré de profondeur de la scarification. *cette réaction inflammatoire à distance, toujours marquée,* en est indépendante. Elle n'est en rien spécifique. On n'y trouve ni plasmazellen, ni cellules épithélioïdes, ni cellules

géantes, ni foyer de nécrose, ni bacilles de Koch. *Elle constitue cependant une des caractéristiques les plus nettes des préparations et paraît tout à fait hors de proportion avec la minuscule blessure épidermique.*

Il est facile de trouver, sur nos coupes, l'interprétation des caractères cliniques habituellement rencontrés. L'œdème et la réaction dermiques rendent compte du soulèvement papuleux élastique plus ou moins urticarien.

Lorsque la sérosité est très abondante, elle distend les coupoles papillaires, soulève l'épiderme voisin de la scarification et constitue ainsi les bourrelets minces ou étalés qui limitent ou surplombent la croutelle. On s'explique alors la gouttelette de liquide clair qui sort à la piqûre.

Il peut se faire que l'épiderme prenne une part plus active à la formation de ces bourrelets. Dans trois cas nous avons vu une large vésicule épidermique apparaître autour de la scarification. Cette vésiculation semble dépendre de l'œdème interstitiel et sous-épidermique et non d'une fonte cellulaire produite par la tuberculine.

Dans un cas, nous avons observé en plein placard érythémateux, à 1 centimètre de la scarification, en un point limité une véritable eczématisation : spongiose et acanthose du corps muqueux, formation de vésiculettes du type de l'eczéma, œdème et infiltration du derme. Par contre, nous n'avons pu trouver aucun caractère anatomique pouvant expliquer les petites papules plusieurs fois notées dans nos observations et qui donnent à certaines réactions l'apparence du *lichen scrofulosorum*.

On voit que chez l'homme, les coupes que nous venons de décrire sont plus complexes que celles qu'a fournies à M. Burnet (1) la biopsie de cutiréaction à la tuberculine

(1) Burnet, *Soc. Biol.*, 22 juin 1907.

chez des cobayes tuberculeux : « sur la strie d'inoculation, « dit-il, l'épiderme nécrosé se détache en une escharre ; « l'aspect est celui d'une brûlure. Au-dessous de l'escharre, « un gros amas de leucocytes polynucléaires : à noter cette « forte chimiotaxie positive ».

Trois biopsies, faites sur le cobaye après deux brûlures superficielles et une scarification à la térébenthine pure, nous ont donné des résultats absolument comparables à ceux obtenus par M. Burnet avec la tuberculine. Il est possible que le peau du cobaye se prête mal à une expérimentation. N'avons-nous pas dit en effet dans le chapitre I que pour nous ce qui était vrai pour l'homme n'était pas toujours vrai pour l'animal et réciproquement. Pour un même produit toxique ou toxinien les réactions cutanées doivent différer suivant les espèces animales sans que dans ces variations il faille tenir compte de l'état pathologique ou non de l'individu ou de l'animal observé.

Plus loin, si l'on veut bien se reporter aux observations ayant trait à l'essence de térébenthine et à la toxine diphtérique, on pourra voir les différences considérables que l'on observe chez l'enfant et chez le cobaye. Avec la toxine diphtérique pure en particulier nous avons obtenu des résultats d'une intensité telle que nous n'avons pas, au début, osé employer chez l'enfant cette toxine pure de peur d'accidents.

Oppert dans sa thèse a repris en collaboration avec Rubens Duval l'étude histologique de la cutiréaction. Ils ont de la sorte confirmé la description générale que nous avions pu faire en collaboration avec Marcel Ferrand et nous en avons éprouvé la satisfaction de le voir d'accord avec nous. Cependant, plus heureux, ils ont pu entrer en de plus grands détails.

Il nous a paru également curieux de comparer *histologiquement* (1) à nos cutiréactions les placards rouge vif œdémateux et durs, douloureux à la pression, qui apparaissent à la suite des injections sous-cutanées de tuberculine au lieu même de la piqûre ou en un point immédiatement voisin. Cette « hypodermo-réaction » dont on a souvent discuté la valeur (2) nous a paru dans deux cas ne ressembler en rien à la cutiréaction. Epiderme normal, œdème papillaire assez difficilement appréciable sur les pièces fixées par les moyens ordinaires, assez minimes infiltrats périvasculaires ou périfolliculaires s'enfonçant à quelque profondeur dans le derme.

Quelle est la valeur diagnostique exacte de cette « hypodermo-réaction » à laquelle M. Millian accorde quelque crédit? A la vérité, nous ne saurions le dire d'une façon absolue. Cependant nous avons vu trop souvent des enfants réagir d'une façon thermique positive nette, avec ou sans phénomènes généraux de fatigue, céphalée, etc... ; des enfants réagir à la cutiréaction et à l'injection de la tuberculine d'une façon positive, qu'ils soient ou non tuberculeux cliniquement, sans que les uns et les autres aient présenté cette hypodermo-réaction, pour croire qu'elle ait quelque intérêt diagnostic. Par contre, nous avons vu trop souvent des enfants non cliniquement tuberculeux présenter cette « hypodermo-réaction » sans avoir de réaction thermique ou générale à l'injection sous-cutanée de tuberculine, sans présenter de cutiréaction positive pour croire que l'on puisse accorder quelque crédit à ce phénomène. Mais nous sommes les premiers à reconnaître qu'une étude plus approfondie de

(1) M. Ferrand, Jules Lemaire, *loc. cit.*, *Presse Méd.*, 28 sept. 1907.
(2) *Soc. Méd. des Hôp.*, 7 et 14 juin 1907.

ce sujet serait désirable tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique. Il serait utile, nous semble-t-il, d'en faire plus complètement l'étude histologique, de faire une même étude histologique de l'intradermo-réaction et d'en comparer les données. Nous ne pouvons prévoir quels seraient les résultats d'une telle étude. Peut-être réserveraient-ils des surprises. En tous cas, à coup sûr ils présenteraient un réel intérêt.

Certains auteurs se sont efforcés de noter quelles sont la date *d'apparition* et la *durée* de la cutiréaction.

Cette question nous paraît être un point d'intérêt tout à fait secondaire puisque, pratiquement, ce qui importe, c'est un résultat positif ou un résultat négatif, en d'autres termes, un résultat permettant de tirer des conclusions.

Si la cutiréaction est variable quant à son aspect, elle est aussi très capricieuse en ce qui concerne la date d'apparition. L'éclosion de la réaction se faisant insensiblement il est délicat d'en fixer le début avec certitude. Cependant nous avons observé trois ou quatre heures après la scarification (obs. 8, 28, 47, 85, 115, 116, 120), certaines cutiréactions qui ont présenté un aspect un peu particulier difficile à décrire (sorte de rougeur diffuse, légèrement surélevée, avec œdème des lèvres de scarification) qui faisait supposer que le résultat dut être positif. Tout en reconnaissant que quelques apparitions puissent être un peu plus tardives (obs, nos 1, 19, 33, 50, 88, 108, 125), nous pensons que le laps de temps écoulé, nécessaire pour qu'un résultat puisse être interprété avec utilité, est *de 18 heures en moyenne*. Pratiquement, il faut retenir qu'en faisant une cutiréaction dans l'après-midi, entre 5 et 6 heures, on est presque certain d'avoir un résultat suffisant le lendemain vers 9 heures du matin.

Nous avons vu quelques cutiréactions (particulièrement chez les tuberculeux avérés et avancés) n'être vraiment et certainement positives que 40 heures en moyenne après la scarification. C'est pourquoi, chez les malades d'hôpital faciles à suivre, avons-nous adopté la fin de l'après-midi pour pratiquer des cutiréactions qui étaient examinées le lendemain et les jours suivants. C'est pourquoi chez les malades de la ville qui nous ont été adressés, nous avons pratiqué la cutiréaction à la fin de la consultation, c'est-à-dire entre onze heures et midi, leur donnant rendez-vous pour le surlendemain, c'est-à-dire 48 heures après, sûr que nous étions de nous trouver alors d'un résultat nettement négatif ou nettement positif.

Il en est de même de la durée : elle est impossible à déterminer, il ne peut y avoir de règle précise. Aussi bien, que faut-il entendre par durée ? Dira-t-on qu'une cutiréaction est terminée quend elle présente des changements dans sa coloration ? Quand la desquamation apparaît ? ou bien quand il ne reste plus aucune trace et que le tégument est revenu à son état normal au point où siégeait la cutiréaction positive ? Si nous avons vu quelques cutiréactions extrêmement fugaces durant 3 ou 4 jours (obs. 19, 15, 217, 218, 219) nous en avons vu d'autres durer extrêmement longtemps et être visibles encore soit sous forme de tache marbrée indurée, soit sous forme de plaques recouvertes de desquamation, après des laps de temps relativement considérables (obs. n° 21 et n° 85, etc.)

On peut admettre comme durée moyenne : 10 à 15 jours. Telle est la description générale de la cutiréaction à la tuberculine ; mais le polymorphisme que nous avons signalé rend nécessaire l'indication de quelques aspects particuliers qu'elle présente et qui constituent en quelque sorte

les formes cliniques de la cutiréaction, variables d'ailleurs à l'infini.

En raison même de son polymorphisme, il est difficile d'établir, pour la cutiréaction, des *degrés d'intensité* nettement délimités. Tout essai de classification, fait à ce point de vue, est d'ailleurs purement affaire d'appréciation personnelle.

Cependant, M. Sicard (1), un des premiers, grâce à la technique qu'il employait et dont nous avons indiqué les inconvénients, a tenté un essai de classification.

Pour M. Sicard, il y a :

1° *Réaction légère :* quand il existe autour de chaque piqûre une zone rougeâtre, érythémato-papuleuse sans confluence avec les zones erythémateuses de piqûres avoisinantes ;

2° *Réaction moyenne :* quand il y a confluence érythémato-papuleuse entre les zones inflammatoires des différentes piqûres ;

3° *Réaction forte :* quand il apparaît un bourrelet œdémateux périphérique encerclant le placard global papulo-érythémateux, et surtout quand le tissu cellulaire sous-jacent aux piqûres devient le siège d'un œdème à apparence urticarienne ;

4° *La réaction est nulle :* quand les piqûres se recouvrent d'une croutelle noirâtre sans zone inflammatoire.

Pour nous qui avons employé un manuel opératoire spécial n'entravant pas l'évolution individuelle de la cutiréaction, nous proposons d'appeler ;

1° *Réaction négative :* la réaction nulle de M. Sicard, celle dans laquelle il y a simplement formation d'une croutelle noirâtre sans zone inflammatoire ;

(1) Sicard, *loc. cit.*, *Soc. med. hôp.*, 14 juin 1907, p. 624.

2° *Réaction faible :* celle dans laquelle la zone réactionnelle s'étend à 2 millimètres au maximum de chaque côté des lèvres de la scarification ;

3° *Réaction moyenne*, quand cette zone s'étend de 2 à 4 millimètres de chaque côté du trait de scarification.

4° *Réaction forte : a*) toute réation dont la zone, rouge ou rose, s'étend à plus de 4 millimètres de chaque côté du trait de scarification ;

b) toute réaction, quelles que soient ses dimensions, qui s'accompagne dans son champ d'une apparition de *papulettes* ou de *formation de halo ;*

c) toute réaction qui se présente sous la forme *urticarienne*, quelles que soient ses dimensions, qu'elle soit ou non entourée d'un halo.

Remarquons que dans ces essais de mensuration nous ne tenons compte que de la largeur, c'est-à-dire de l'extension que présente la réaction en prenant pour point de repère la scarification.

La longueur de la réaction est, en général, en rapport avec la longueur de la scarification. Cette classification, par degré d'intensité, n'a d'ailleurs à l'heure actuelle ni grand intérêt ni grande valeur parce que, nous le verrons plus loin, il est difficile en se plaçant au point de vue pratique d'établir des rapports avec l'intensité de la cutiréaction et l'importance de foyer qu'elle décèle.

Si l'on tient compte du terrain sur lequel elle évolue, la cutiréaction peut prendre *des aspects un peu particuliers.*

Chez les tuberculeux avancés ou cachectiques, elle est peu intense, de coloration rose tendre, d'étendue minime et bien souvent l'induration apparaît tardivement, 48 heures après la scarification.

C'est encore chez les *tuberculeux avancés ou chez les ca-*

chectiques que la forme urticarienne peut présenter un cachet spécial. Dans ce cas, la réaction est constituée presque entièrement par la partie urticarienne. On n'y trouve pas de halo, la portion centrale, jaune ambrée, est entourée d'un cercle rose ou légèrement cuivré dont l'étendue n'excède pas 2 millimètres. Il semble que l'enfant n'ait pas la force de réagir sous forme d'une portion érythémateuse, seule, l'urticarienne existant avec tous les caractères les plus nets : surélévation, induration.

Au point de vue morphologique la cutiréaction peut présenter la forme banale papuleuse ou érythémato-papuleuse, ou bien la forme urticarienne, que nous avons toutes deux étudiées suffisamment ; mais elle peut également se présenter sous la *forme hémorrhagique* signalée par Olmer et Terras (1) et que nous proposons d'appeler forme hémorrhagique ou mieux *ecchymotique*. Voici ce qu'on observe : Plus rapidement que dans les cas ordinaires, il se forme autour de la scarification à la tuberculine une tache rouge violacée, toujours de minime étendue, débordant les lèvres de la plaie de 1 à 2 millimètres au maximum. Rouge violacée au début, cette tache prend une teinte plus franchement violacée qui peut aller ensuite jusqu'à la teinte nettement ecchymotique. Cette zone réactionnelle, différente des autres réactions par sa seule coloration et son peu d'étendue, présente également, comme toute cutiréaction, de *l'induration* dans les 24 ou 48 heures qui suivent la scarification (Ex. : obs. 6 et 22).

Cette forme hémorrhagique ou ecchymotique est relativement rare. Elle mérite d'être connue à cause des erreurs d'interprétation auxquelles elle peut donner lieu.

(1) Olmer et Terras, *loc. cit.*, *Presse méd.*, 18 sept. 1907.

Pour nous, dans *cette forme il y a deux choses bien distinctes :*

1° une cutiréaction.

2° une hémorrhagie intradermique.

Cette hémorrhagie intradermique est, nous semble-t-il, produite par le simple traumatisme. C'est un phénomène surajouté qui évolue pour son propre compte comme un épanchement sanguin et qui cache la cutiréaction. Cette dernière évolue pour son propre compte et se décèle par l'induration signalée tant de fois.

Nous avons été amené à cette interprétation quand nous avons vu certaines cutiréactions se développer sous forme de petites taches hémorrhagiques, présenter de l'induration, être ultérieurement influencées ou contrôlées par une injection de tuberculine sous-cutanée, suivie de réaction thermique, tandis que d'autres scarifications à la tuberculine offraient ce premier caractère ecchymotique mais étaient dépourvues du suivant, c'est-à-dire de l'induration, et n'étaient ni influencées ni surtout contrôlées par l'injection sous-cutanée de tuberculine.

Ces formes cliniques pourraient être résumées dans le tableau suivant :

A) *Formes suivant l'intensité :*

1° négative ;

2° légère ;

3° moyenne { forme étendue { avec ou sans papulettes ;
avec ou sans halo ;

4° forte { forme urticarienne { sans halo ;
avec halo.

B) *Formes suivant le terrain :*

1° chez les tuberculeux avancés non cachectiques ;

2° chez les tuberculeux avancés et cachectiques.

C) *Formes suivant l'aspect :*

1° forme normale, c'est-à-dire forme erythémato-papuleuse.

2° forme urticarienne ;

3° forme ecchymotique ou hémorrhagique.

M. Comby (1) et son élève Batigne (2) ont, de leur côté, présenté une classification intéressante : « La réaction, dit « Batigne, peut être très variable dans son intensité, son « étendue et ses éléments. Nous classerons les réactions « que nous avons observées suivant 5 types.

« 1° *Légère rougeur.* — Erythème simple. Autour du « point où a été faite la piqûre s'est développé un léger « érythème s'effaçant lorsqu'on pince la peau entre les doigts « à ce niveau. Il n'y a pas de surélévation papuleuse appré- « ciable.

« 2° *Papule rouge.* — Erythème papuleux. La rougeur « est tantôt très vive, tantôt très pâle et les dimensions de « la lésion sont très variables. Tantôt d'un rouge très vif « presque rouge fraise, elle est d'autres fois rouge clair, se « détachant bien moins sur le fond : tous les intermédiaires « s'observent. Quant aux dimensions, elles varient de celle « d'une grosse tête d'épingle à celle d'une pipûre de mous- « tique ou d'un élément urticarien. En tous cas, même lors- « que la réaction est très légère, on observe toujours : une « réaction inflammatoire et un relief papuleux qui peut être « très difficile à reconnaître à l'inspection mais que le doigt « promené à la surface révèle toujours.

« C'est notamment dans ces types de réaction, comme « dans les deux précédents, que l'on aura avantageusement

(1) Comby, *Soc. méd. des hôp.*, mai 1908.
(2) Batigne, *Thèse* de Paris, juillet 1908.

« recours à la comparaison de la lésion étudiée et de la pi-
« qûre témoin. »

« 3° *Papules rouges avec vésicules.* — Erythème papulo-
« vésiculeux. La papule est très étendue, la rougeur vive.
« Autour du point central on voit, disposées en couronne,
« un grand nombre de vésicules. Le point central n'a pas
« de caractères propres, ne se distingue pas de la zone
« ambiante.

« 4° *Papule rouge avec phlyctène ou bulle.* — Erythème
« papulo-bulleux. L'érythème ne présente rien de parti-
« culier à signaler : c'est celui des types précédents et très
« intense. Mais au niveau de la piqûre se développent une
« ou plusieurs bulles donnant à la papule un aspect parti-
« culier, rouge vif sur les bords avec une boursouflure au
« centre. La bulle centrale peut du reste suppurer, auquel
« cas la lésion rappelle assez bien la pustule vaccinale.

« 5° *Papule rouge avec escharre centrale. Erythème pa-*
« *pulo-nécrotique.* — La réaction inflammatoire est vio-
« lente, la papule est d'un rouge très vif et de dimensions
« exagérées. Le point central est noirâtre et nécrotique.
« Tout autour se voit une zone bleu grisâtre de vésicules
« formant couronne ; la zone limitant extérieurement cette
« couronne est d'une teinte rouge bien différenciée. Enfin
« la papule repose sur une base indurée.

« C'est la forme la plus violente qu'on observe dans les
« réactions cutanées à la tuberculine, c'est aussi la plus
« rare.

« Hâtons-nous d'ajouter que ces cinq variétés de réac-
« tions, même les trois dernières qui sont les plus fortes ne
« présentent jamais la moindre gravité. Il n'y a jamais de
« modification de l'état général, ainsi que nous l'avons déjà
« noté. Il n'y a non plus jamais de lymphangite ni d'adéno-

« pathie axillaire. Quant à la lésion elle-même, elle n'est « guère douloureuse, même lorsqu'il s'agit de la dernière « variété, et ne gêne en rien le petit malade.

Cette classification de Batigne qui n'est d'ailleurs, mais plus détaillée, que celle indiquée par M. Comby à la Société médicale des hôpitaux, méritait d'être rapportée.

A ce sujet quelques réflexions nous seront peut-être permises.

M. Comby et son élève Batigne ont bien vu l'aspect urticarien que nous avons signalé avec Marcel Ferrand, mais nous sommes surpris que parmi les si nombreuses cutiréactions qu'ils ont observées ils n'aient pas rencontré ce halo périphérique, fugace à la vérité, que nous avons vu si souvent dans les réactions un peu fortes. Il est vrai que, par contre, nous n'avons jamais rencontré la phlyctène ou bulle, pas plus d'ailleurs que l'érythème papulo-nécrotique, encore que nous nous soyons toujours servi comme ces auteurs de la solution au 1/10. Nous n'avons pas vu mais nous ne nions pas. Nous osons ne pas être très convaincus de la valeur diagnostique du type I, Erythème simple, légère rougeur. Il n'y a pas de surélévation papuleuse appréciable, dit Batigne. Or, nous avons trop insisté sur l'induration qui, selon nous, se produit toujours dans la cutiréaction positive pour être bien convaincu qu'il s'agisse là dans ce type I d'une réaction véritablement positive. Au surplus, il eut été utile de contrôler le résultat de la cutiréaction par une injection de tuberculine.

Peut-être eut-il été plus prudent d'être moins affirmatif et de faire du type I une réaction douteuse.

Quant au type II, « Erythème papuleux avec réaction « inflammatoire et relief papuleux qui peut être très diffi- « cile à reconnaître à l'inspection mais que le doigt promené

« à la surface révèle toujours », il s'agit à n'en point douter d'une réaction positive. Ce « relief papuleux que révèle le doigt » n'est autre chose que l'induration.

Néanmoins la classification de MM. Comby et Batigne est à retenir, encore qu'elle ne soit pas quant à présent d'une grande utilité. Etant donné le polymorphisme de la cutiréaction il serait facile de varier les types cliniques à l'infini. Dans l'état actuel des choses, il ne nous paraît pas possible d'établir de relations bien réelles entre l'intensité de la cutiréaction et la gravité des lésions tuberculeuses. Ultérieurement, si on arrive à établir ces relations, la classification de M. Comby et de Batigne pourra peut-être être d'un grand secours.

Au cours de nos recherches nous avons pu constater qu'il n'y avait jamais contre-indication à la cutiréaction : cette manœuvre est en effet d'une *innocuité absolue*.

Deux fois cependant nous avons observé (obs. 21-193), à la suite d'une cutiréaction, l'une négative, l'autre positive faible : des vomissements, de la diarrhée, de l'hyperthermie. Mais la cutiréaction avait été faite par une chaude après-midi de juillet, un jour de temps pénible et orageux, chez deux tuberculeux avérés, hautement fébricitants depuis longtemps.

Nous ne pensons pas qu'il faille incriminer la cutiréaction en ce qui concerne les vomissements et la diarrhée. Peut-être cette manœuvre est-elle intervenue pour la production de l'hyperthermie : c'est très possible. Il ne faut pas oublier, en effet, que les tuberculeux sont par excellence des « déséquilibrés de la température », la moindre cause, si minime soit-elle, pouvant venir rompre cet équilibre instable.

Faisant, chez un enfant atteint de diarrhée verte, une

cutiréaction qui est restée négative, nous avons observé un phénomène inverse constitué par de l'hypothermie. Cet enfant, dont la température oscillait depuis plusieurs jours entre 37° et 37°5, a présenté une diminution progressive de sa température centrale 3 heures après la cutiréaction. Neuf heures après, cette température atteignait 35°2, pour remonter insensiblement et revenir à la normale 18 heures après la scarification à la tuberculine. Il nous paraît, là encore, que cette hypothermie doive être mise sur le compte de la gastroentérite plutôt que sur celui de la cutiréaction, car les enfants atteints de la diarrhée verte ont rarement une température normale. Au point de vue thermique ils sont souvent au-dessous ou au-dessus de la moyenne.

Cependant, une fois, un enfant a présenté une élévation de température que nous pensons devoir être attribuée à la manœuvre faite, il est vrai, dans des conditions un peu spéciales. Cet enfant (obs. 48) avait une température normale et avait présenté une première cutiréaction positive. Il reçut, à titre de contrôle, 2 décimilligrammes de tuberculine en injection sous-cutanée et présenta une réaction thermique de 39°. Quatorze jours après l'injection sous-cutanée, il fut pratiquée une nouvelle cutiréaction et le soir le malade présenta une brusque ascension de température analogue à celle qui suivit l'injection sous-cutanée, mais supérieure à celle-ci de 2/10, soit 39°,2.

Tels sont les seuls inconvénients que nous avons pu observer. Remarquons que la température de nos trente premiers malades fut, après la cutiréaction, prise très régulièrement toutes les trois heures pendant quarante-huit heures.

Quant aux accidents qui peuvent survenir, nous ignorons ce qu'ils peuvent être.

M. Burnet (1) employait une solution pour cutiréaction 5 fois plus forte que la nôtre (50 milligrammes par centimètre cube). *Jamais* nous n'avons, comme lui, observé la traînée lymphangitique avec œdème. Jamais, comme le signalent MM. Abrami et Burnet (2), nous n'avons vu se produire de placards de 10 centimètres de diamètre, jamais d'engorgements ganglionnaires, reconnus rares par Olmer et Tarras (3), jamais d'ulcérations. Et cependant nous avons fait des cutiréactions chez 300 enfants ; chacun a reçu 3 traits de scarification et chez quelques-uns nous avons pratiqué en plusieurs reprises une ou deux nouvelles cutiréactions (toujours à trois traits de vaccinostyle) dans des conditions qui n'étaient pas propres à diminuer les chances d'accidents.

Nous le répétons, nous n'avons *jamais constaté le moindre inconvénient*, ce qui nous permet de considérer cette manœuvre comme *absolument inoffensive*, ainsi que l'avaient déclaré MM. Sicard et Descomps, à la condition toutefois de n'employer que la solution à 1/10, ce que nous avons toujours fait. M. Dufour a signalé des accidents dont la relation de cause à effet avec la cutiréaction ne nous paraît pas démontrée. Batigne, après avoir déclaré que la cutiréaction est d'une innocuité absolue, signale des accidents « sinon graves du moins regrettables » ; par malheur, il n'apporte pas de faits indiscutables à l'appui de cette opinion.

Le *diagnostic de la cutiréaction* est facile, étant donnés les détails que nous avons indiqués dans la description, étant donné qu'on voit se produire la papule érythémateuse au point où on avait cherché à la provoquer.

(1) Burnet, *loc. cit.*, *Soc. Biol.*, 22 juin 1907.
(2) Abrami et Burnet, *loc. cit.*, *Soc. Biol.*, 13 juin 1907.
(3) Olmer et Terras, *loc. cit.*, *Presse méd.*, 18 sept. 1907.

Tout au plus pourrait-on hésiter dans les cas légers ou dans les formes hémorragiques. Cette notion *d'induration* sur laquelle nous avons tant insistée, constitue un *élément important*.

Dans les cas douteux elle permet, et pour nous elle seule permet, de dire s'il s'agit d'une cutiréaction positive.

Cette induration n'existe pas dans l'ecchymose post-traumatique que l'on peut rencontrer dans les cutiréactions négatives. Elle fait défaut également quand une faute d'asepsie a été commise et quand, à la suite de la scarification, il se produit une petite zone de réaction inflammatoire simple au niveau de la plaie.

CHAPITRE III

CAUSES QUI PEUVENT MODIFIER L'ASPECT DE LA CUTIRÉACTION. CUTIRÉACTIONS SUR PLACARDS DE TUBERCULOSE CUTANÉE. INFLUENCE DE L'INJECTION SOUS-CUTANÉE DE TUBERCULINE

Nous avons vu quel est l'aspect présenté ordinairement par la cutiréaction.

Dans un chapitre à part, il est intéressant de noter les causes qui peuvent en modifier la physionomie.

Il ne s'agit pas là, à proprement parler, de formes cliniques de la cutiréaction. Dans ces cas, c'est volontairement que l'observateur s'est placé dans des conditions particulières.

Comme Von Pirquet, nous avons pu constater que des cutiréactions répétées chez un sujet atteint de tuberculose en évolution, donnent des diminutions dans l'intensité et la durée de la réaction à mesure que l'on se rapprocher de la date de la mort (voir en particulier obs. n° 34). Des faits analogues furent vus par Mouton (1) et par Soulié (2) en ce qui concerne l'oculo-réaction.

Nous voulons rappeler que la cutiréaction présente une physionomie anormale quand on pratique des scarifications

(1) Mouton, *Med. contemporanea*, 4 août 1907.
(2) Soulié, *Bull. méd.*, 14 août 1907.

enduites de tuberculine sur des surfaces lupiques ou sur des lésions de tuberculose cutanée verruqueuse.

Nagelschmit (1) a signalé ce fait le premier.

Bandler (2), à Prague, de Beurmann et Gourgerot (3), en France, ont repris ses expériences et les résultats sont surtout intéressants en tant que cutiréaction considérée comme moyen possible de traitement. Aussi bien, ces résultats ne devaient pas surprendre. Ces auteurs ont simplement adapté une méthode nouvelle à des notions anciennes, ils n'ont fait, somme toute, que modifier d'une façon originale, mais plus osée parce que plus brutale, le procédé de Unna qui préconisait le savon à la tuberculose pour le traitement du lupus (4).

Au cours de nos recherches sur la valeur de la cutiréaction nous avons observé un certain nombre de faits particuliers que nous tenons à relater.

— En octobre 1907 (5), nous disions à la Société de Biologie : « Contrairement à l'observation de Vallée (6) qui « expérimentait sur des animaux, *nous avons vu apparaître « des cutiréactions fort nettes chez des malades qui avaient « reçu, en même temps que la scarification, 2 décimilligr. de « tuberculine par injection hypodermique suivie de réaction « thermique.*

« Dans les mêmes conditions la tuberculine sous-cutanée « n'a pas empêché l'apparition de l'oculo-réaction.

(1) Nagelschmit, *loc. cit. Deutch. méd. Noch*, 3 oct. 1907.

(2) Bandler, *loc cit., Soc. des méd. de Prague*, 31 oct. 1907.

(3) De Beurmann et Gourgerot, *Soc. fr. de Dermat.*, 7 nov. 1907.

(4) Sur cette question voir thèse de Schmidt, *Valeur diagnostique et thérapeutique de la tuberculine en dermatologie*, Paris, 1907.

(5) Jules Lemaire, *loc. cit., Soc. Biol.*, 12 oct. 1907.

(6) Vallée, *loc. cit., Acad. des Sciences*, 3 juin 1907.

« Cependant, dans deux cas, les trois épreuves furent « faites au même moment et seule l'oculo-réaction fut néga- « tive ; mais nous savons que les résultats de l'oculo-réac- « tion sont souvent discordants ».

Depuis cette époque, notre opinion n'a pas changé, bien que le nombre de nos observations ait augmenté.

Retenant ce qui a trait à la cutiréaction, nous répétons que pour nous, *une injection de tuberculine faite chez un enfant au même moment qu'une cutiréaction n'entrave pas complètement ou ne change pas sensiblement le résultat de cette dernière.*

Etant donné le polymorphisme de la cutiréaction, il nous paraît impossible de préjuger quelle sera chez un sujet l'intensité d'un résultat. Par conséquent, nous ne faisions, tout d'abord, que traduire une impression en disant que nous avions observé, dans ces conditions, des cutiréactions fort nettes : elles étaient nettes, elles auraient peut-être pu être plus intenses (obs. 6, 12, 39, 44, 67, 73, 81, 86, etc).

Depuis, nous avons pu contrôler cette assertion.

Certains de nos enfants ont reçu une première cutiréaction dont nous avons avec soin noté les caractères, l'étendue, l'intensité. Puis, quelques jours après, ces mêmes enfants ont reçu à la fois cutiréaction et injection sous-cutanée de tuberculine dans le même moment. *Toujours ces deuxièmes cutiréactions ont été identiques aux premières* (Voir obs. 8, 11, 17, 43, 52, 55, 70, 80, 82, 99, 113, 210, 36, 5, 87, 88, 86).

Sept fois cependant il y eut *différence d'intensité en plus* et non en moins : la 2e cutiréaction prit une forme urticarienne que ne présentait pas la première (obs. 5, 6, 11, 55, 82, 86, 99).

M. Vallée (1) avait déjà dit que, pour lui, les bovidés tuberculeux seraient inaptes à fournir de façon constante des cutiréactions en série si plusieurs semaines ne séparaient pas les deux opérations successives. M. Guinard (2) a montré que chez l'homme, il n'y a pas accoutumance à la cutiréaction, que, même à des intervalles assez rapprochés, on pouvait obtenir des cutiréactions en série aussi positives et aussi caractéristiques, et nous pensons comme M. Guinard

Nous pensons de notre côté avoir montré que, chez l'homme, l'injection de tuberculine sous-cutanée faite au même moment qu'une cutiréaction n'en vient pas troubler le développement.

Nous tenons à faire remarquer que les résultats de M. Vallée s'appliquaient aux bovidés. Pour M. Pirquet (communication orale) ces différences tiendraient à ce fait que l'on peut chez l'animal se permettre d'injecter des doses de tuberculine beaucoup plus considérables.

Ce point de détail était intéressant à étudier. Curieuses, en effet, *sont les relations qui existent entre la cutiréaction et l'injection sous-cutanée de tuberculine* en tant qu'influence possible de la seconde sur la première.

Quand, après une cutiréaction positive, on pratique une injection sous-cutanée de tuberculine, celle-ci suivie d'une réaction thermique, on peut voir se produire *des réviviscences* plus ou moins intenses de la cutiréaction. Celle-ci, depuis quelques jours stationnaire ou en régression, présente alors des *dimensions plus grandes* qu'au premier examen. Souvent ils se produit un *halo périphérique* qui n'existait pas auparavant. Or, nous avons montré que, pour nous, le halo était l'une des caractéristiques de la réaction

(1) Vallée, *loc. cit.*, *Acad. des Sciences*, 17 juin 1907.
(2) Guinard, *loc. cit.*, *Bulletin méd.*, 14 sept. 1907.

forte (obs. 1, 3, 4, 10, 14, 22, 45, 47, 54, 59, 73, 83, 86, 89, etc.).

Il ne nous semble pas, toutefois, exister de rapports constants entre l'intensité de cette réviviscence et l'intensité de la réaction générale. Bien plus, nous avons vu des malades (obs. 54, 59, 89, 117) présenter les réviviscences de cutiréaction de tuberculine non accompagnées de réaction thermique (1).

Trois fois (obs. 10, 22, 89) nous avons pu provoquer, par l'injection de tuberculine, la *réapparition d'une cutiréaction* positive *complètement disparue* avec augmentation d'étendue allant de simple au double. Sous l'influence de la tuberculine en injection sous-cutanée, deux de nos malades ont présenté en même temps qu'une réviviscence de la cutiréaction, l'un une réaction locale sur des lésions cutanées cicatricielles incomplètement guéries consécutives à des ganglions tuberculeux (obs. 73), l'autre une réaction locale sur des lésions de tuberculose cutanée (obs. 67).

Ces faits nous ont paru intéressants à relater. Peut-être il y a-t-il, dans ces cas, un phénomène de sensibilisation. On sait que lorsqu'une première injection sous-cutanée donne au point d'inoculation une réaction locale, celle-ci une fois terminée peut réapparaître, *in situ*, lors d'une deuxième injection faite à distance : les faits précédents nous paraissent de même ordre.

Comme nous l'avons déjà indiqué, il faut donc, pour que ce phénomène de réviviscence puisse se produire, commencer par la cutiréaction ou l'oculoréaction et terminer par l'injection sous-cutanée de tuberculine. MM. Marie (de Villejuif) et Bourilhet (2) ne semblent pas avoir saisi notre

(1) La reviviscence peut se produire même si l'injection de tuberculine n'est pas suivie d'une réaction thermique (voir obs. 54, 59, 89, 117.

(1) Marie (de Villejuif) et Bourilhet, *loc. cit.*, *Soc. méd. hôp.*, 22 nov. 1907.

pensée quand ils écrivent : « nous avons, dans les épreuves, adopté l'ordre OR. CR. SGR pour éviter la réviviscence, etc... s'ils se plaçaient tout au contraire dans les conditions voulues, nécessaires pour obtenir cette réviviscence.

Si, au contraire, à *la suite d'une injection sous-cutanée de tuberculine* suivie d'une réaction thermique, *on pratique une seconde cutiréaction, celle-ci diffère de la première :*

1° par la rapidité de son apparition ;

2° par l'augmentation de son intensité et de son étendue ;

3° par la rapidité de son évolution.

Déjà M. Vallée (1) avait remarqué que la cutiréaction est aussi nettement obtenue chez des sujets (bovidés) qui ont reçu à maintes reprises par la voie sous-cutanée des doses même fort élevées de tuberculine que chez ceux qui n'ont été soumis qu'à une seule injection de tuberculine dans les jours précédents. Von Pirquet (2), de son côté, pratiquant des cutiréactions chez des malades soignés par la méthode de Spengler (3) (injections sous-cutanées de tuberculine des bovidés) avait constaté des phénomènes analogues. N'ayant pas eu l'occasion à cette époque de comparer les résultats avec ceux des cutiréactions antérieures à l'injection, les différences autres que la rapidité d'apparition, différences que nous venons de signaler, devaient fatalement lui échapper.

Les auteurs qui se placent au point de vue du diagnostic, ont étudié les conséquences d'une injection de tuberculine sur l'organisme sont d'avis différents.

Pour les uns il y a *sensibilisation*. Pour les autres, il y

(1) Vallée, *Ac. des Sc., loc. cit.*, 3 juin 1908.

(2) Von Pirquet, *Wien. Klin. Woch.*, 19 sept. 1907.

(3) Voir Bergeron, *Presse médicale*, n° 99, 7 déc. 1907.

aurait *immunisation*, et pour les vétérinaires, cette immunisation serait dans certains cas, une cause d'erreur. Dans un but de fraude, on pourrait faire à un bovidé tuberculeux une première injection afin que la seconde reste négative sans élévation thermique.

Les deux théories nous paraissent également défendables et, pour expliquer cette discordance d'opinions, peut-être faut-il faire introduire *la notion du temps écoulé* après l'injection, temps variable d'ailleurs avec les individus.

Etant donnés les résultats de la cutiréaction après injection de tuberculine, il semble qu'il puisse se produire dans l'organisme une sensibilisation à laquelle, d'ailleurs, échappent certains individus (obs. 18,91).

Quelques-uns de nos malades ont présenté, il est vrai, de fortes cutiréactions avant l'injection du tuberculine et peu de jours après cette injection les résultats d'une nouvelle cutiréaction furent très faibles ; mais le plus grand nombre de ceux qui avaient subi les deux épreuves cutiréaction après tuberculine sous-cutanée, ont présenté des phénomènes inverses ; c'est-à-dire *augmentation considérable de l'étendue, de l'intensité de la réaction avec apparition plus rapide.*

Aussi bien, cette sensibilisation ne paraît se produire, pour les doses minimes de 1 décimilligramme et de 2 décimilligrammes tout au moins, que chez des sujets tuberculeux. En effet, un de nos malades, entres autres (obs. n° 179) chez qui la cutiréaction, l'oculo-réaction et l'injection sous-cutanée de tuberculine avaient donné des résultats négatifs, a présenté, 3 jours apès l'injection sous-cutanée, une deuxième cutiréaction également négative.

Dans un laps de temps que nous n'avons pu déterminer

et qui nous semble variable suivant les sujets, cette *sensibilisation est peut-être remplacée par une immunisation relative* : après injection sous-cutanée de tuberculine quelques malades ont présenté une troisième cutiréaction moins forte que les deux précédentes, la seconde ayant été plus forte que la première (obs. nos 1 et 4).

Mais il paraît bien que cette *immunisation relative ne soit pas acquise et stable*. En effet, une quatrième cutiréaction d'intensité égale à la première, faite avant l'injection de la tuberculine, s'est montrée chez des malades qui avaient présenté une troisième cutiréaction d'intensité minime à la suite de la tuberculine sous-cutanée (obs. 1,18).

Il semble que chez eux, l'injection de tuberculine n'ait eu aucune influence, ni en plus ni en moins, sur cette quatrième cutiréaction, l'équilibre antérieur s'étant rétabli.

Les différences qui existent dans l'intensité de la cutiréaction après une injection de tuberculine suivant les individus et suivant le laps de temps écoulé entre cette injection et les cutiréactions suivantes, tiennent vraisemblablement au mode réactionnel particulier à chaque individu, à chaque terrain, en un mot, à ce que l'on appelle l'idiosyncrasie.

Théoriquement, après l'injection de tuberculine il devrait se produire d'abord sensibilisation puis immunisation totale ou partielle et par conséquent immunisation relative.

Mais cette sensibilisation et cette immunisation, ces deux phénomènes en apparence contradictoires, alors qu'en réalité ils découlent l'un de l'autre, commencent à se produire chez un même individu, toutes deux dans le même temps, immédiatement après l'introduction dans l'organisme du produit à la fois sensibilisateur et immunisateur.

Si l'on admet que ces deux transformations de l'organisme à l'égard du poison débutent ensemble, mais mar-

chent pour ainsi dire d'un pas inégal, on pourra peut-être expliquer les différences observées dans l'intensité de la cutiréaction après injection de tuberculine suivant les individus. Tel malade qui, à la suite d'une injection de tuberculine, a présenté une deuxième cutiréaction plus intense que la première, antérieure à l'injection, puis quelque temps après une troisième cutiréaction moins forte que la première et que la seconde, est sans doute un malade qui s'est sensibilisé d'abord, immunisé partiellement ensuite. Tel autre qui, immédiatement après l'injection de tuberculine a présenté une cutiréaction moins forte que la première antérieure à l'injection est très vraisemblablement un malade chez lequel l'immunisation, ayant pris le pas sur la sensibilisation, est devenue tout d'abord prépondérante.

Hypothèses tout cela, c'est vrai, mais hypothèses que l'on pourrait vérifier par des cutiréactions faites en série, à la condition toutefois d'employer toujours pour cette cutiréaction une même solution de tuberculine. Aussi bien ces phénomènes d'immunisation absolue à la cutiréaction, immunisation due à l'injection de tuberculine chez les tuberculeux, doivent être infiniment rares. Cependant M. Von Pirquet, en une communication verbale, nous a dit l'avoir observée une fois chez un enfant tuberculeux qui avait à maintes reprises réagi à la cutiréaction et qui supportait sans dommage des doses considérables de tuberculine.

De ces données découlent pour nous deux conclusions : l'une qui peut avoir un intérêt purement théorique, l'autre, qui, découlant elle-même de la première, peut être d'un intérêt plus immédiat et plus pratique.

Si, d'une part, on se rappelle que M. Guinard et M. Lignières ont montré que chez l'homme il n'y a pas accoutumance à la cutiréaction et que, même à des intervalles asse

rapprochés, on peut obtenir des résultats en série aussi positifs et aussi caractéristiques ; si, d'autre part, on admet qu'après une injection de la tuberculine il peut survenir dans la cutiréaction des modifications dues à une sensibilisation ou à une immunisation, n'est-on pas en droit de conclure que cette cutiréaction pourra servir à déterminer l'état dans lequel se trouve l'organisme du sujet s'il est sensibilisé, immunisé ou revenu à son état antérieur.

Que ces données viennent à se confirmer, on pourrait se servir de la cutiréaction comme d'un guide, dans la méthode de Spengler. Ce serait elle qui viendrait dire si le moment est vraiment propice pour pratiquer une nouvelle injection de tuberculine.

En se servant de fortes doses de tuberculine, on peut toujours craindre une augmentation de foyers, un retentissement de l'injection sur la lésion, il peut y avoir donc gros intérêt à savoir si l'organisme est sensibilisé ou relativement immunisé.

Toujours en admettant que les données indiquées plus haut viennent à se confirmer, on pourra peut-être plus sûrement réglementer la méthode des injections de tuberculine qui a donné de si intéressants résultats dans le traitement des tuberculoses cutanées (1).

Ces notions d'immunisation relative ou totale expliquent peut-être les insuccès de M. F. Arloing dans ses recherches sur la cutiréaction, recherches faites sur des animaux injectés à latuberculine 7 semaines avant la cutiréaction.

Pour terminer, disons que ces phénomènes de révivis-

(1) Voir thèse de Schmidt, *Valeur diagnostique et thérapeutique de la tuberculine en dermatologie*, Paris, 1907. Voir Unna, *Versammlung Deutscher naturforscher und Herzte*. Section de Dermatologie, Munich, sept. 1899.

cences observés dans la cutiréaction sous l'influence de l'injection de tuberculine peuvent se voir dans l'oculo-réaction (obs. nos 47, 98, 119, 117). A signaler que chez une malade (obs. 89) nous avons vu, *douze jours après une injection sous-cutanée restée négative* et sans qu'aucune épreuve nouvelle ait été pratiquée, nous avons vu *devenir positive une oculoréaction faite toujours avant l'injection* et *restée jusque-là négative*,

Ainsi donc, pour nous résumer, rappelons que la cutiréaction pratiquée sur des lésions de tuberculose cutanée présente une physionomie toute spéciale ; que les résultats de l'épreuve ne nous paraissent pas, chez l'homme, influencés par une injection de tuberculine faite au même moment ; mais qu'ils nous paraissent au contraire modifiés quand la cutiréaction a été faite après une injection sous-cutanée de tuberculine. Treupel a, l'an dernier, signalé de son côté des faits analogues de réviviscence en ce qui concerne l'oculo-réaction (1) comme nous l'avions déjà fait.

Enfin, pour terminer, rappelons que certaines maladies, la rougeole en particulier, peuvent empêcher l'apparition de la cutiréaction. Pirquet a montré que chez des enfants tuberculeux, ayant réagi à la cutiréaction, cette cutiréaction ne se produisait plus pendant la période aiguë de la rougeole pour réapparaître ensuite à la convalescence. La cutiréaction pourrait donc de la sorte, indirectement, servir de diagnostic entre la rougeole et les autres érythèmes cutanés. De nombreux auteurs ont confirmé les dires de Pirquet.

Remarquons enfin que Paisseau et Tixier ont rapporté des phénomènes analogues en ce qui concerne l'intradermoréaction à la tuberculine faite chez un typhique.

(1) Treupel, « Remarques sur l'oculoréaction », *Muench. méd. Woch.*, n° 2, 1908.

CHAPITRE IV

INDIVIDUALITÉ DE LA CUTIRÉACTION. SA VALEUR DIAGNOSTIQUE

Bien que reposant sur des bases scientifiques précises et admises, bien que pouvant s'expliquer par la théorie des anticorps dont elle devenait une application pratique à la portée de tous, la cutiréaction, à cause même de sa simplicité, devait, en ce qui concerne sa valeur diagnostique, faire naître le doute et elle n'y manqua pas.

Les résultats négatifs observés parfois chez des tuberculeux avérés, les résultats positifs présentés par certains sujets paraissant indemnes de tuberculose, n'étaient pas faits pour éclairer la question.

On était alors en droit de se demander si une cutiréaction positive n'était pas un phénomène banal, susceptible d'être reproduit à volonté, chez des sujets sains ou malades, tuberculeux ou non, en se servant de produits autres que la tuberculine, soit produits toxiques ou produits toxiniens.

On pouvait croire, comme M. F. Arloing, que la réaction était due, non pas à la tuberculine, mais plutôt aux produits dans lesquels elle est ordinairement en dissolution.

Guidés par cette idée, nous avons recherché s'il ne serait pas possible, en employant la *glycérine simple* ou la *glycérine*

phéniquée, d'obtenir chez des sujets pris au hasard (1) des résultats semblables ou identiques à ceux que produit la scarification enduite de tuberculine.

Chez les 150 premiers malades qui reçurent des cutiréactions à la tuberculine, nous avons pratiqué, à titre de scarifications témoins, deux scarifications recouvertes de *glycérine simple stérilisée.*

Une seule fois, une seule scarification a présenté de la rougeur passagère extrêmement minime des bords de la plaie *sans induration.* Nous pouvons donc dire que *jamais nous n'avons observé de résultats analogues* à ceux signalés par M. F. Arloing.

Ces faits nous permettent donc d'éliminer la glycérine simple, comme pouvant intervenir dans la production d'un résultat positif.

D'autre part, nous avons fait chez neuf malades des scarifications en nous servant de la *glycérine phéniquée* à 1/20 et à 1/10 et nous n'avons *jamais* obtenu aucun résultat.

Force était donc d'admettre l'influence unique et incontestable de la tuberculine dans la production de la cutiréaction positive.

Nous adressant alors aux produits toxiques, nous avons employé la *térébenthine pure*, qui, chez 3 malades, n'a donné qu'une seule réaction sans caractères particuliers, constituée par la seule rougeur *sans surélévation, sans induration.*

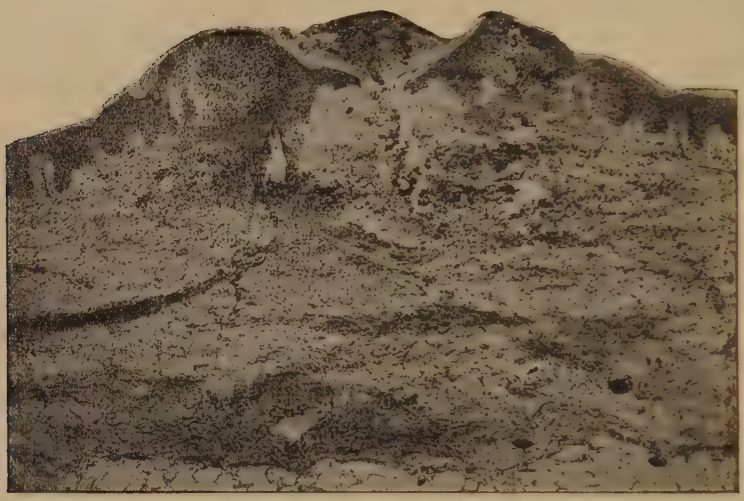
La glycérine au sublimé nous a donné les résultats suivants : Avec la glycérine sublimée à 1/10 nous avons obtenu deux réactions négatives et une réaction légère

(1) Nous avons pris des sujets ayant réagi et des sujets n'ayant pas réagi à la cutiréaction.

constituée par un léger soulèvement papuleux rose avec croutelle centrale.

Avec la glycérine sublimée à 1/5 nous avons vu se produire quatre réactions négatives et deux positives plus fortes avec soulèvement plus accentué et bourrelet très apparent à contenu liquide.

Scarification à la glycérine sublimée (1).



Réaction forte. Soulèvement des lèvres de la scarification dû à une vésiculation par destruction épidermique. Derme profondément altéré. Réaction purement locale.

La *ressemblance* avec certaines de nos cutiréactions était donc frappante à *un premier examen*. Cependant la papulation était beaucoup moins nette, la rougeur moins vive, sans halo périphérique et surtout sans cette apparence œdémateuse, que nous étions habitués à rencontrer dans les réactions positives, à la tuberculine.

(1) Microphotographie de M. F. Normand, cliché Mansat.

L'*examen anatomique* de deux de ces réactions, l'une légère, l'autre forte, a accentué ces différences, *rendant toute confusion impossible*.

Examen d'une coupe : glycérine sublimée à 1/3 ; réaction forte avec formation de bourrelets linéaires.

Epiderme : Enorme vésiculation épidermique de chaque côté de la croutelle centrale, mais d'un type entièrement différent de celle assez exceptionnellement produite par la tuberculine. Il y a : mort et fonte totale des cellules transformées en petites masses arrondies et irrégulières, fragmentées, granuleuses, mêlées à un grand nombre de polynucléaires. Aucune travée épithéliale n'est conservée.

Derme : Dans le derme, foyer étendu et bien limité de dégénérescence massive. Mais, fait remarquable, ni près ni loin de l'escarre, *aucun œdème dermique, pas d'infiltrats cellulaires disséminés ou périvasculaires.*

En résumé, destruction en masse et sur place de l'épiderme et du derme au point où a porté le poison ; *nulle réaction à distance.*

Espérant toujours obtenir enfin des résultats positifs se rapprochant davantage de ceux obtenus avec la tuberculine, nous avons essayé les produits toxiniens et nous nous sommes servi de la toxine diphtérique.

Elle fut d'abord employée diluée à cause des résultats fournis par la toxine pure chez 2 cobayes. Par la suite, cette toxine nous a donné des résultats d'autant plus fréquents que la solution devenait plus concentrée. Quelques enfants ont reçu des scarifications avec la toxine diphtérique préparée par l'Institut Pasteur de Paris, et employée soit pure, soit diluée.

Nous avons observé des réactions légères et des réactions fortes.

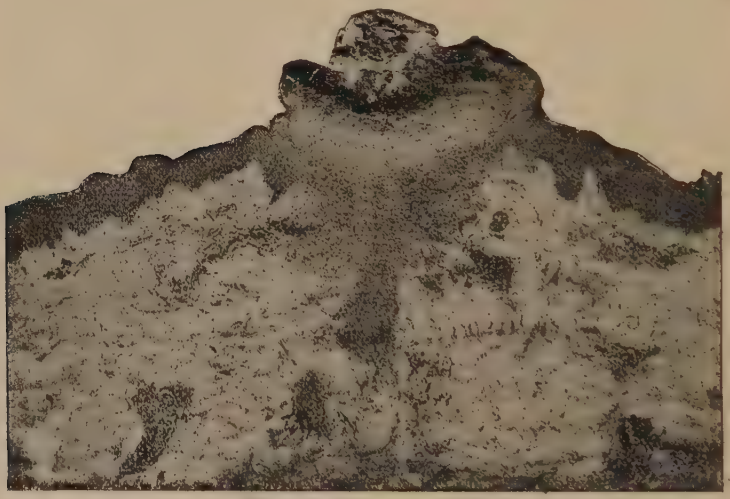
Réaction légère. Faible soulèvement rouge de 5 à 6 millimètres de diamètre bien limité. Pas de halo périphérique. Pas d'apparence urticarienne.

Réaction forte. Soulèvement rouge de 6 à 12 millimètres de diamètre, assez franchement papuleux dans son ensemble ; mais beaucoup moins que ne le serait une cutiréaction à la tuberculine de même étendue.

Le long des lèvres de la scarification, bourrelet œdémateux. Pas d'apparence urticarienne. La réaction dans son ensemble, et malgré de minimes différences, se rapproche de certaines cutiréactions légères ou moyennes.

Histologiquement, on observe au contraire (5 cas) de notables différences :

Scarification à la toxine diphtérique (1).



Réaction forte Soulèvement de la croutelle par exsudation dermique. Forte réaction locale avec présence presque exclusive de polynucléaires.

Aucun œdème dermique : amas important de *polynu-*

(1) Microphotographie de M. F. Normand, cliché Mansat.

cléaires sous la croutelle épidermique et autour de la destruction dermique plus ou moins large et profonde. Quelques manchons périvasculaires mais s'écartant assez peu du centre de l'élément et dans lesquels on retrouve de *nombreux polynucléaires*. Le bourrelet, lorsqu'il existe, est formé par la sérosité issue du derme et encore emprisonnée sous la croutelle dont elle soulève les bords. On n'observe au voisinage aucune distension des papilles.

En résumé : pas d'œdème épidermique ou dermique, réaction inflammatoire locale presque exclusivement composée de polynucléaires. Surtout prédominance manifeste de cette réaction locale sur la réaction à distance presque nulle (1).

Enfin, toujours dans le même but de comparaison, nous avons étudié la *revaccination jennérienne chez les sujets réfractaires.*

Le petit soulèvement rose légèrement papuleux et congestif qui apparaît deux ou trois jours après une revaccination chez un individu réfractaire présente, cliniquement, quelques ressemblances avec certaines cutiréactions légères.

Anatomiquement, on trouve seulement aux côtés de la croûtelle, un minime œdème papillaire et une réaction inflammatoire sans importance.

Enfin 66 enfants ont donné 66 résultats négatifs avec des scarifications au *sérum artificiel.*

En résumé, il nous a donc été impossible d'obtenir avec des produits autres que la lymphe de Koch des résultats iden-

(1) A noter la différence d'intensité réactionnelle à la térébenthine et à la toxine diphtérique chez le cobaye et chez l'enfant. Il est possible que la peau du cobaye se prête mal à ce genre d'expérimentation.

tiques, au point de vue morphologique et histologique, à ceux de la cutiréaction à la tuberculine.

Cette cutiréaction *a donc une individualité anatomique incontestable* caractérisée *en substance par la faible réaction inflammatoire locale et la réaction considérable le long des vaisseaux :* c'est ce qui la fait totalement différer des résultats obtenus avec les autres substances.

Nous sommes et nous restons tellement convaincus de l'individualité propre de la cutiréaction à la tuberculine que nous avons cru devoir, en novembre 1908, revenir sur cette question dans une communication à laquelle nous empruntons les passages principaux (1).

D'une part, un article de M. Schick, paru dans le *Münch. med. Woch.*, en 1908, p. 504, et analysé dans le n° 25 de la *Presse médicale* de 1908 par M. Romme ; d'autre part, un article de M. Ernst Moro, paru dans le n° 39, p. 2025 du *Munch. med. Woch.*, article également résumé par M. Romme dans le n° 84 de la *Presse médicale* de 1908 ; enfin, une note de M. Dufour, médecin des hôpitaux, au sujet de ce dernier article, note parue à la page 688 du n° 86 de la *Presse médicale,* 1908 ; tous ces travaux nous incitent à revenir sur la cutiréaction à la tuberculine et à parler de la cutiréaction à la toxine diphtérique.

M. Moro qui pratique des cutiréactions par le procédé un peu spécial de frictions faites avec de la lanoline contenant la toxine spécifique, M. Moro, disons-nous, a vu apparaître en des points symétriques aux point frictionnés, des papules tout à fait caractéristiques ou du zona. M. Dufour, dans une note-lettre à la *Presse médicale* rappelle des faits analogues et qui ressemblent beaucoup, dit-il, à ceux

(1) Jules Lemaire, « Remarques sur l'individualité propre de la cutiréaction », *Soc. Ped.*, nov. 1908.

envisagés par l'auteur allemand. Ces faits, comme le rappelle d'ailleurs M. Dufour, ont été consignés dans sa communication du 19 juillet 1907 à la Société médicale des Hôpitaux, page 833 des *Bulletins*.

Ces faits sont extrêmement curieux et très intéressants. Il ne nous vient pas à l'esprit de les constater, mais il nous est permis de les considérer comme rares. En effet, nous avons pratiqué des cutiréactions à la tuberculine chez 300 sujets différents. Beaucoup d'entre eux ont été cutiréactionnés, si l'on peut dire, à plusieurs reprises, certains dans des conditions un peu spéciales, et jamais nous n'avons vu se produire des phénomènes semblables à ceux signalés par MM. Moro et Dufour. De plus, nous déclarons que si chez nos malades pareils faits s'étaient produits ils n'auraient pas manqué d'être observés et signalés.

Mais où nous sommes étonnés et surpris, c'est quand nous voyons — toujours dans la note de M. Romme analysant l'article de l'assistant du professeur Pfaundler — M. Moro avancer que chez les tuberculeux il est arrivé à obtenir des *cutiréactions typiques* quoique très atténuées avec des pommades à la lanoline dans lesquelles il incorporait soit du suc de chenilles triturées, soit de l'acide formique, soit de l'acide acétique. Dans tous les cas la cutiréaction apparaissait 10 heures, plus souvent 24 heures, après la friction, quelquefois seulement au bout de 48 h.

Alors les doutes viennent nous assaillir et nous nous demandons, nous sommes en droit de nous demander si les cutiréactions à la chenille triturée étaient aussi typiques que le prétend l'auteur.

Quand, en juillet 1907, nous avons commencé nos recherches sur la cutiréaction à la tuberculine en particulier chez l'enfant, nous avions cru, *a priori*, à la non-spécificité

de la cutiréaction à la tuberculine et nous nous étions fait fort d'obtenir par des agents mécaniques, toxiques ou toxiniens, une cutiréaction analogue à celle que produit la tuberculine.

Rapidement nous avons été obligé de reconnaître que nous étions dans l'erreur.

Nous avons fait paraître, en collaboration avec notre ami et collègue Marcel Ferrand, le résultat de nos expériences dans le n° 78 de la *Presse médicale* (Etude clinique et histologique de la cutiréaction à la tuberculine chez les enfants).

On peut voir en particulier qu'en employant la glycérine sublimée à 1/10 et à 1/5 nous avons constaté des résultats qui devenaient d'autant plus fréquents que la solution elle-même devenait plus concentrée et qui, *macroscopiquement et microscopiquement*, différaient cependant des résultats de la cutiréaction à la tuberculine.

La friction et la scarification sont deux procédés mécaniques qui sont différents, nous le reconnaissons. Qu'ils soient susceptibles, avec une même substance ou des substances différentes, de donner des *résultats macroscopiques* sinon identiques du moins très proches l'un de l'autre, c'est possible. Mais qu'ils puissent avoir une influence *sur l'aspect histologique* de la réaction au point de modifier totalement cet aspect, cela nous paraît difficile à admettre.

C'est pourquoi nous nous sommes permis de mettre en doute les assertions de M. Moro en ce qui concerne la possibilité d'obtenir des cutiréactions *typiques* avec des produits autres que la tuberculine,

Toutes ces études comparatives nous avaient maintes fois amené à nous demander si la méthode générale de la cutiréaction pouvait être appliquée au diagnostic d'autres af-

fections. Nous y avions songé à plusieurs reprises et surtout après que le professeur Chantemesse eut publié les résultats de son ophtalmo-réaction, moyen de diagnostic de la fièvre typhoïde.

En collaboration avec notre collègue Parturier nous avons repris nos recherches précédentes dans le service du Dr Merz et de notre maître le Dr Richardière à l'hôpital des Enfants Malades (1).

Mais nous sommes les premiers à reconnaître que ces recherches, curieuses peut-être au point de vue théorique, perdent de leur intérêt si l'on se place au point de vue pratique. D'ordinaire, en effet, le diagnostic clinique de la diphtérie est assez facile. De plus, l'innocuité pour ainsi dire absolue de l'injection de sérum antidiphtérique, tout au moins chez l'enfant, et le besoin d'agir rapidement, même dans les cas où le doute existe, s'accordent mal avec le délai de 18-24-48 heures que nécessite l'apparition d'une cutiréaction susceptible d'être interprétée avec fruit.

Il nous paraît utile de rappeler tout d'abord les recherches de Schick. Puis nous indiquerons comment nous avons opéré, quelle substance nous avons employée et quels sont les sujets qui nous ont servi à nos recherches.

Schick dit en substance : Sur 22 enfants atteints de diphtérie, la cutiréaction provoquée par l'inoculation de toxine diphtérique concentrée dans le vide (2), a été 18 fois fortement accentuée, 3 fois simplement positive, 1 fois négative. Cliniquement elle avait les mêmes caractères que la cutiréaction à la tuberculine. Peut-être

(1) Jules Lemaire et Parturier, « Recherches sur la cutiréaction à la toxine diphtérique, *Soc. Péd.*, nov. 1908.

(2) Suivant renseignement verbal donné par M. Von Pirquet, cette toxine employée par Schick serait concentrée 10 fois.

la formation de vésicule suppurée était-elle plus fréquente. Mais il suffisait d'opérer avec un mélange de toxine ou d'antitoxine pour qu'en cas de neutralisation complète la cutiréaction fît défaut. Elle manquait encore lorsque 24 heures avant ou immédiatement après l'inoculation de toxine on faisait une injection de sérum. La cutiréaction se produisait, mais très légère cette fois, si l'addition d'antitoxine ou l'injection de sérum ne neutralisait pas complètement la toxine. Sur 95 enfants non diphtériques la cutiréaction à la toxine diphtérique a été positive 36 fois et négative 59 fois.

Pour nous, voici quel fut notre mode opératoire : après nettoyage de la peau à l'alcool et à l'éther nous avons pratiqué, comme Olmer et Terras et l'un de nous l'avaient fait pour la cutiréaction à la tuberculine, dans la région deltoïdienne, 3 scarifications espacées les unes des autres de 2 à 3 centimètres environ et faites avec un bistouri trempé dans la toxine diphtérique pure libéralement mise à notre disposition par l'Institut Pasteur de Paris. A titre de témoins, chez les 46 enfants soignés au pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades furent pratiquées, sur le bras opposé, des scarifications faites avec une lancette trempée dans du sérum de Hayem. Soit dit en passant, les scarifications témoins sont toujours restées absolument négatives. Les enfants qui ont reçu ces scarifications à la toxine diphtérique pure sont au nombre de 66.

46 étaient soignés au pavillon de la diphtérie dans le service du Dr Méry.

A titre de témoins, nous avons pris 20 enfants soignés pour des maladies diverses, non diphtériques, dans le service de médecine générale du Dr Richardière, salle Gillette.

Quand nous avons obtenu des résultats positifs à la suite

de ces scarifications, voici ce que nous avons observé : 18 à 24 heures après la scarification, se développe, à son niveau, une macule rouge jambonnée, à teinte cuivrée, de dimensions variables, au centre de laquelle se voit le trait de scarification.

Celui-ci revêt deux aspects différents. Tantôt il est recouvert d'une simple croûtelle due à la coagulation du sang provenant de la légère blessure occasionnée par la scarification. Tantôt il présente un aspect crémeux qui, très vraisemblablement, correspond à la vésicule purulente vue par Schick au centre de l'élément (1).

Ces macules se papulisent légèrement, mais ne présentent que très exceptionnellement une induration légère.

Suivant leur intensité, on peut distinguer deux variétés.

Réaction légère : faible soulèvement rouge de 5 à 6 millimètres de diamètre bien limité. Pas de halo périphérique. Pas d'apparence urticarienne.

Réaction forte : soulèvement rouge de 6 à 12 millimètres de diamètre assez franchement papuleux dans son ensemble mais beaucoup moins que ne le serait une cutiréaction à la tuberculine de même étendue. Le long des lèvres de la scarification bourrelet œdémateux. Pas d'apparence urticarienne. La réaction dans son ensemble et malgré de *minimes différences* se rapproche de certaines cutiréactions à la tuberculine d'intensité légère ou moyenne.

Voici quels ont été les résultats que nous avons obtenus.

Nous avons divisé nos malades en deux groupes :

(1) Schick, « Kutenreaktion bei Impfung mit Diphterietoxin, *Munch. med. Woch.*, 10 mars 1908, p. 504.

1° *Groupe A.* Enfants soignés au pavillon de la diphtérie.

2° *Groupe B.* Enfants soignés dans un autre service et non soupçonnés de diphtérie.

En résumé, nous avons examiné un total de 66 enfants.

37 étaient atteints de diphtérie clinique confirmée par l'ensemencement et l'examen bactériologique.

31 ont réagi positivement d'une façon très nette.

2 d'une façon douteuse.

4 d'une façon nettement négative.

Ceci nous donne une proportion de réactions positives chez les diphtériques un peu supérieure à 83,78 0 0.

Un enfant atteint de diphtérie douteuse a réagi d'une façon également douteuse.

Par contre, sur 28 enfants qui n'étaient pas diphtériques, soit cliniquement, soit bactériologiquement, 18 ont réagi d'une façon positive très nette, ce qui nous donne, chez des enfants non diphtériques, une proportion de réactions positives de 64,21 0/0.

Ces résultats sont donc trop discordants avec ceux de la clinique et bactériologie, pour que nous puissions admettre actuellement la possibilité d'employer la méthode de la cutiréaction à la toxine diphtérique comme moyen de diagnostic ou de contrôle de diagnostic dans la diphtérie.

Peut-être y a-t-il lieu de faire de nouvelles recherches dans ce sens après modifications du mode opératoire.

Néanmoins, ces faits nous paraissaient mériter d'être publiés.

En tous cas, nos résultats ont ceci de particulier qu'ils sont en opposition pour un point avec ceux de Schick.

Cet auteur dit, en effet, qu'il a vu la cutiréaction faire défaut chez les enfants ayant reçu du sérum 24 heures avant

ou immédiatement après l'inoculation par scarification de toxine diphtérique.

Or, nous voyons que parmi nos 37 diphtériques, 36 ont reçu en une ou plusieurs fois des doses de sérum variant entre 10 centimètres cubes et 130 centimètres cubes, soit quelque temps avant la scarification, soit au moment même de cette scarification (de 0 jour à 47 jours) et cependant 31 d'entre eux, bactériologiquement diphtériques, ont donné 31 résultats positifs. Cette discordance entre nos faits et ceux rapportés par Schick appelle également d'autres recherches qui feront l'objet de travaux ultérieurs.

Mais cette cutiréaction à la tuberculine a-t-elle une valeur diagnostique ?

C'est une méthode *fidèle* pour von Pirquet et Vallée ; une méthode douteuse mais *intéressante* pour Dufour, Olmer et Terras, Guinard, Engel et Bauer ; une *méthode nulle* chez l'homme pour Burnet Slatinéano ; une méthode sans valeur chez les animaux pour Arloing et pour Nobécourt et Mantoue.

Les malades atteints de tuberculose cliniquement décelable réagissent tous, ou presque tous, d'une façon positive, exception faite cependant pour les tuberculeux cachectiques ; mais, dans ces cas il suffit d'être prévenu de la possibilité d'un résultat négatif. Aussi bien, en une telle occurrence, la clinique seule doit suffire pour établir le diagnostic.

Il faut reconnaître que, souvent, un malade considéré comme cliniquement indemne de tuberculose donne à la cutiréaction un résultat positif; mais, *à priori*, une telle constatation ne doit rien enlever à la valeur de la méthode. puisque l'on sait que certaines tuberculoses peuvent être latentes et puisque ce que l'on demande à cette cutiréaction,

c'est justement d'être plus sensible que les moyens d'exploration clinique ordinaires.

D'autre part, et ce fut une des principales objections faites à la cutiréaction, on a dit que tous les adultes réagissaient positivement à l'épreuve. Cette proposition est inexacte d'ailleurs. Et, même en admettant qu'elle fût conforme à la vérité, elle ne pourrait rien enlever à la valeur de la méthode, puisque l'on connaît bien la fréquence plus grande de la tuberculose reconnue ou latente, à mesure que l'on avance en âge.

Aussi bien il semble, qu'à ce sujet, la pensée de Pirquet ait été mal interprétée (1).

C'est dans le but d'être fixé sur la valeur diagnostique que nous avons commencé les recherches qui font l'objet de ce présent travail.

L'ensemble de ces recherches porte sur un total de plus de 600 observations personnelles.

300 ont trait à la cutiréaction à la tuberculine. Parmi celles-ci, *200* proviennent des enfants soignés à l'Infirmerie ou au Pavillon Pasteur de l'hospice des Enfants-Assistés, *100* proviennent des enfants constituant, dans ce même établissement, la catégorie des « Petits Sevrés », soit enfants de 1 à 2 ans considérés comme bien portants.

D'ores et déjà, un point important se dégage, c'est que parmi nos malades, *ceux qui étaient cliniquement tuber-*

(1) M. Von Pirquet nous a écrit le 8 octobre 1907.

« ... Auriez-vous la bonté de corriger une erreur qui se trouve « dans plusieurs communications françaises à la suite de M. Dufour, « qui, dans la séance de la *Société Médicale des hôpitaux* du 21 juin « prétendait que *j'aurais dit que tous les adultes et les enfants à partir « de deux ans présentaient une cutiréaction positive.*

« Cette opinion erronée, qui serait tout le contraire de ma théorie « d'anticorps spécifiques causant la réaction, provient d'un rapport

culeux, tous, *sauf deux*, c'est-à-dire 36 sur 38, ont réagi positivement à la cutiréaction.

Un tuberculeux à la 3e période, cachectique et fébricitant (obs. 130) et une jeune femme atteinte de tuberculose au second degré (obs. 129) également fébricitante, constituent ces deux exceptions. Mais, par contre, des enfants étaient jugés comme *douteux*. Les uns ont réagi positivement, les autres négativement et des enfants jugés *indemnes* ont présenté les uns des résultats négatifs, les autres des résultats positifs.

N'ayant pu trouver, dans nos coupes, aucun caractère qui permît de différencier les réactions chez les sujets jugés cliniquement indemnes de tuberculose, nous avons recherché une base de contrôle plus sensible et plus solide encore que la clinique et nous nous sommes adressés à *l'injection de tuberculine sous-cutanée*.

Nous l'avons pratiquée chaque fois que les circonstances s'y sont prêtées.

Comparativement, dans un simple but de comparaison et non de contrôle, car on ne peut pas contrôler l'une par l'autre deux méthodes aussi nouvelles, comparativement nous avons employé également l'oculoréaction.

Avant de donner le détail de ces résultats nous voulons

« inexact de la *Deutsche mel. Woch.* Ce que j'ai écrit, c'est que la « *valeur diagnostique* diminue avec l'âge, puisque la réaction indique « aussi les tuberculoses inactives latentes et que celles-ci sont d'au- « tant plus fréquentes que l'âge augmente.

« Comme vous le verrez dans ma première publication, je trouve « parmi les enfants entre 8 et 14 ans, qui n'offrent aucun symp- « tôme de tuberculose, 35 0/0 de réactions positives, tandis que le « groupe de 1 à 3 ans n'en offre que 4 0/0. »

Rectification laissée à la responsabilité de M. Von Pirquet.

indiquer en quelques mots de quelle façon nous avons procédé.

L'oculoréaction fut généralement pratiquée après la cutiréaction. Pour cette oculoréaction nous nous sommes servis de la solution mère de l'Institut Pasteur de Paris. Par contre, le Dr Mantoue qui, dans le service, employait la tuberculine Test de Calmette, a bien voulu nous communiquer les résultats qu'il avait obtenus chez 17 de nos malades.

Quant à l'*injection sous-cutanée de tuberculine*, elle fut presque toujours *pratiquée en dernier*, après la cutiréaction ou l'oculoréaction, sauf quand il s'agissait de rechercher quelques points un peu particuliers.

En ce qui concerne l'emploi de cette injection de la tuberculine, voici la *méthode* et la *dose* que nous avons choisies.

Après les précautions d'usage : examen des lésions, repos au lit avec prise de température toutes les 3 heures pendant les 24 heures qui précèdent l'injection, nous avons pratiqué cette injection au niveau de l'abdomen en un point nettoyé à l'alcool-éther.

Nous avons, dans la plus grande majorité des cas, *injecté d'emblée 2 décimilligrammes*, dose admise et admissible parce que reconnue comme n'étant pas nuisible.

Nous avons choisi cette dose de 2 décimilligrammes afin d'avoir, du premier coup, une dose suffisante pour produire la réaction et pour éviter d'être tenu à des injections successives, ce qui aurait pu faire dire que nous avions sensibilisé nos sujets.

Pour placer parmi les *positifs* des résultats d'élévation thermique, nous avons exigé une élévation thermique répondant aux conditions suivantes : *élévation thermique de 1°* et *supérieure en tout cas à 38°*, car nous ne nous sommes

pas contentés d'une élévation de 7/10 à 8/10 de degré.

Quand le résultat de cette injection sous-cutanée de tuberculine ne concordait pas avec celui de la cutiréaction, c'est-à-dire, quand nous n'avons pas obtenu par une première injection une élévation de température de 1° chez un malade qui avait présenté une cutiréaction positive, nous avons pratiqué une deuxième injection sous-cutanée en doublant généralement la dose, en passant par conséquent de 2 décimilligrammes à 4 décimiligrammes, suivant ainsi le mode préconisé par M. Millian.

Quand une deuxième injection se montrait encore négative, nous n'avons pas pratiqué une 3e injection afin de ne pas obtenir un résultat qui peut être mis sur le compte d'une dose trop forte agissant sur un sujet déjà sensibilisé.

Quelle est la valeur diagnostique de cette injection de tuberculine que nous prenons pour base de contrôle? Si quelques auteurs se plaisent à lui nier toute valeur, la très grande majorité des médecins, et particulièrement des pédiatres, auxquels viennent se joindre les vétérinaires, attachent une grande importance à la réaction thermique.

Notre intention n'est pas de refaire une revue générale sur cette question ; mais rappelons en passant ce que nous avons déjà dit: la réaction locale se présentant au niveau du point où a porté l'injection — hypodermo-réaction de M. Souques — ne nous paraît *avoir aucune* valeur diagnostique, contrairement à ce que pense M. Millian. Elle peut manquer chez des sujets qui réagissent, elle peut se voir, il est vrai, chez des malades dont l'injection sous-cutanée a été suivie d'une réaction thermique, mais on peut la rencontrer chez des sujets qui n'ont subi aucune influence thermique par suite de l'injection (obs. n° 188-89 entre autres).

Nous ne croyons pas non plus, comme le dit M. Souques, que hypodermoréaction et cutiréaction sont une seule et même chose; nous avons montré les différences histologiques qu'elles présentent, nous pensons au contraire pouvoir montrer sous peu qu'il s'agit là d'un *phénomène banal toxique*, analogue, pour nous, à la réaction locale érythémateuse qui peut se produire au niveau d'une injection de sérum antidiphtérique (1).

Résultats.

Les sujets chez lesquels nous avons pratiqué des cutiréactions peuvent être divisés en deux catégories.

Catégorie des petits sevrés.

Catégorie des enfants soignés à l'Infirmerie ou au Pavillon Pasteur.

A) *Catégorie des petits sevrés.*

Nous avons pratiqué des cutiréactions chez 100 enfants de 1 à 2 ans bien portants.

Nous avons obtenu les résultats suivants.

81 réactions négatives		
19 réactions positives qui furent	légères . . .	11 fois
	moyennes . .	2 fois
	fortes. . . .	6 fois

Quelques-uns de ces petits sevrés ont été ultérieurement dirigés sur l'Infirmerie pour des affections diverses.

Nous avons pu pouvoir comprendre dans cette catégorie

(1) En ce qui concerne la valeur de l'injection sous-cutanée de tuberculine, consulter la bibliographie des thèses de *Gaffié*, Paris, Jouve, 1895 *Bertherand*, Steinheil, Paris, 1899. *Meltetal*, Steinheil, Paris, 1908.

De plus consulter opinions plus récentes : Milian, *Société médicale des hôpitaux*, 1907. Comby, *Société médicale des hôpitaux*, 1907. Claisse, *Société médicale des hôpitaux*, 1907. Labbé, *Gazette des hôpitaux*, 1907.

d'enfants de 1 à 2 ans, quelques enfants de 10 à 11 mois. Ceux-ci d'ailleurs ont réagi négativement à la tuberculine en cutiréaction.

B) *Categorie des malades soignés à l'Infirmerie ou au Pavillon Pasteur.*

Nous avons pratiqué des cutiréactions chez 200 malades différents. Il y avait :

48 enfants	au-dessous de 3 ans	qui ont donné	15	résultats positifs soit	31 %
66 »	de 3 ans à 10 ans	» »	43	» »	65 »
42 »	de 10 ans à 15 ans	» »	33	» »	80 »
34 sujets	de 15 ans à 20 ans	» »	29	» »	85 »
9 »	de 20 ans à 25 ans	» »	9	» »	100 »
1 sujet	de 26 ans qui a donné		1	résultat positif soit	100 »
200			130		

Sur ces 200 sujets nous avons donc obtenu 130 résultats positifs et 70 négatifs.

Il est à remarquer que ces sujets étaient des malades de l'Infirmerie ou du Pavillon Pasteur.

Aussi bien ils se répartissent ainsi :

Observations cliniques	Nombre de cas	Cas négatifs	Cas positifs		
			Légers	Moyens	Forts
Tuberculose pulmonaire au début	17	0	6	4	7
» » à la 2e période. . .	11	1	0	4	6
» » à la 3e période. . .	10	1	3	2	4
» » douteuse	31	5	5	9	12
» certaine autre que pulmonaire .	18	0	2	6	10
» douteuse autre que pulmonaire .	22	6	3	5	8
Pas de tuberculose cliniquement décelable. .	91	57	10	9	5
Total	200	70	130		

Nous avons donc, sur *56 cas* de *tuberculose avérée pulmonaire ou autre*, obtenu *2 résultats négatifs* et *54 positifs*

et sur 97 sujets non tuberculeux cliniquement, 57 résultats négatifs et 34 positifs.

Valeur.

Les résultats ci-dessus concernant les malades de l'Infirmerie et les sujets des petits sevrés, nous serviront pour étudier la valeur diagnostique de la cutiréaction que nous envisagerons, successivement, dans ses rapports avec la clinique, avec les résultats de l'oculoréaction et avec les résultats de la tuberculine sous-cutanée.

Pour terminer, nous dirons quelques mots des contrôles nécropsiques que nous avons pu faire et nous verrons enfin si le désaccord entre les résultats de l'injection sous-cutanée de tuberculine et ceux de la cutiréaction sont aussi défavorables à la méthode qu'ils le paraissent.

1°) RAPPORTS DE LA CUTIRÉACTION ET DE LA CLINIQUE.

Envisagée seule dans ses rapports avec la clinique, la cutiréaction s'est montrée :

dans 56 cas de tuberculose avérée	négative,	2 fois
	positive,	54 fois
dans 53 cas de tuberculose douteuse	négative,	11 fois
	positive,	42 fois
chez 191 sujets indemnes de tuberculose	négative,	138 fois
	positive,	53 fois
total 300	total	300

Dans la *catégorie des petits sevrés*, c'est-à-dire, dans une agglomération d'enfants considérés comme bien portants au moins au moment où fut pratiquée la cutiréaction, nous avons obtenu *19 cas positifs sur 100.*

Ce pourcentage de 19 0/0 diffère sensiblement du pourcentage indiqué par les auteurs qui ont étudié la fréquence de la tuberculose dans l'enfance.

Etudiant la cutiréaction chez les enfants bien portants de 1 à 3 ans, Von Pirquet (1) trouve *4 0/0 de résultats positifs*. Il y a donc une grosse différence entre son pourcentage et le nôtre. Peut-être faut-il tenir compte du milieu social des sujets sur lesquels nous avons opéré. On sait en effet que les enfants en dépôt, dont font partie les « petits sevrés », sont en général issus de familles plus pauvres que ne le sont celles des enfants rencontrés dans les autres hôpitaux.

Nos enfants étaient des enfants bien portants, c'est certainement ce qui explique que notre pourcentage est inférieur à celui qu'ont indiqué jusqu'ici les auteurs français qui, eux, se basaient sur des lésions d'autopsie.

MM. Landouzy et Queyrat (2) trouvent des lésions tuberculeuses dans 1/3 des autopsies d'enfants au-dessous de 2 ans.

M. le professeur Hutinel (3), en 1890, dit que sur 102 cas d'autopsies faites aux Enfants Assistés, 1/3 des enfants, soit 33 0/0, présentaient des lésions tuberculeuses.

M. Comby (4) (1897-1898) dit que la proportion des tuberculeux aux Enfants Malades s'accroît régulièrement et approche, de 1 à 2 ans, de 38 0/0 et au Congrès de Montpellier Stanshalter confirme ces faits.

(1) Von Pirquet, Voir lettre page 178.

(2) Landouzy et Queyrat. Queyrat, *Thèse* de Paris, 1886.

(3) Hutinel, *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 2e session, 1892, p. 344.

(4) Comby, *Congrès de Montpellier*, avril 1898.

Donc 1/3 des enfants de 1 à 2 ans sont tuberculeux pour MM. Landouzy et Queyrat, pour notre maitre le Dr Hutinel également 1/3 des cas, pour M. Comby 38 0/0. Nos 19 0/0 de réaction positive s'écartent donc sensiblement des résultats donnés. Mais, si nous faisons le total des cas obtenus chez les enfants au-dessous de 3 ans soignés à l'infirmerie ou au Pavillon Pasteur, c'est-à-dire si nous prenons un groupe d'enfants jeunes mais atteints d'affections quelconques, en un mot malades, nous serons étonné de constater un pourcentage de 31 0/0 qui se rapproche alors de 33 0/0 indiqué par notre maitre le Dr Hutinel, grâce à des résultats d'autopsie.

2° LA CUTIRÉACTION ET L'OCULO-RÉACTION.

La cuti et l'oculoréaction pratiquées parallèlement chez les mêmes malades nous ont donné les résultats suivants :

a) *Sur 132 cutiréactions positives*, l'oculo-réaction fut pratiquée 100 fois, elle a été { négative 65 / positive 35

Dans 4 cas de cutiréaction positive, l'oculoréaction a été faite à 2 reprises différentes : une fois positive d'abord, elle fut négative ensuite (obs. n° 34) et 3 fois négative d'abord elle fut positive ensuite (obs. nos 83, 121, 220).

Pour cette statistique nous rappelant les faits signalés par M. Griffon nous n'avons tenu compte que des premiers résultats.

b) *Sur 63 cutiréactions négatives* l'oculoréaction fut pratiquée 37 fois, elle a été { positive 3 fois / négative 34 fois

Dans ces 3 cas discordants l'*injection sous-cutanée de tuberculine* fut faite 2 fois et deux fois *elle confirma le ré-*

sultat fourni par *la cutiréaction* en restant négative (obs. n° 134 et 180).

Dans l'autre cas (obs. n° 155) l'injection de tuberculine ne fut pas faite (1).

3° LA CUTIRÉACTION ET L'INJECTION SOUS-CUTANÉE DE TUBERCULINE.

La cutiréaction et l'injection sous-cutanée de tuberculine pratiquées parallèlement chez les mêmes sujets nous ont donné les résultats suivants :

a) Sur 132 *cutiréactions positives* l'injection sous-cutanée de tuberculine fut faite *85 fois*, elle a été { négative 13 fois ; positive 71 » ; douteux 1 » }

Nous avons rangé parmi les résultats positifs les malades qui ont réagi positivement à une deuxième injection de tuberculine, la première ayant été négative.

b) Sur 63 *cutiréactions négatives* l'injection sous-cutanée de tuberculine fut faite *29 fois*, elle a été { positive *1 fois* ; négative 28 fois }

Dans le cas de cutiréaction négative avec réaction positive sous l'influence de l'injection de tuberculine, nous n'avons pas voulu pratiquer une nouvelle cutiréaction, connaissant la possibilité d'une sensibilisation de l'organisme par l'injection de tuberculine.

Il ressort de ces faits (2) :

(1) Pour ces statistiques il est un cas dont nous n'avons pas tenu compte à cause de ses discordances. Une première fois il a présenté une cutiréaction négative avec oculo positive et une deuxième fois le phénomène inverse cutiréaction positive avec oculo-réaction négative.

(2) Nous ne tenons pas compte de cette statistique du cas douteux (obs. n° 13) dans lequel l'accord entre la cutiréaction et l'oculo-

Que les résultats positifs ou négatifs de la cutiréaction concordèrent avec ceux de l'oculoréaction 69 fois sur 137, soit dans une proportion de 52 0/0.

Que les résultats positifs ou négatifs de la cutiréaction furent nettement confirmés par ceux de l'injection sous-cutanée de tuberculine 99 fois sur 144, soit dans une proportion de près de 87 0/0 (exactement 86,84).

Nous reviendrons ultérieurement sur les 13 cas de cutiréaction positive avec la tuberculine sous-cutanée négative et sur le cas de cutiréaction négative avec tuberculine sous-cutanée positive.

4° CUTIRÉACTION. OCULO-RÉACTION. INJECTION SOUS-CUTANÉE DE TUBERCULINE.

Quand nous avons pu chez les mêmes malades pratiquer parallèlement les *trois* épreuves : cutiréaction, oculoréaction et injection sous-cutanée de tuberculine, nous avons obtenu les résultats suivants :

a) *Les trois épreuves* furent faites parallèlement 105 fois.

Elles ont été toutes les trois positives 25 fois.

toutes les trois négatives 22 fois.

Il y a donc eu { concordance 47 fois / discordance 57 fois / doute 1 fois

b) Discordance de l'oculoréaction. Alors que la cutiréaction et l'injection de tuberculine donnaient les mêmes résultats, l'oculoréaction fut discordante *45 fois.*

Dans 43 cas où la cutiréaction et l'injection de tuberculine avaient toutes deux donné des résultats positifs, l'oculo se montra négative 43 fois. Dans 2 cas où la cutiréaction et

réaction ne peut être vérifié par l'injection de tuberculine dont le résultat est resté incertain.

l'injection de tuberculine avaient toutes deux donné des résultats négatifs, l'oculo-réaction se montra positive 2 fois (obs. 134-180) (1).

c) Discordance de la cutiréaction. Alors que l'oculo-réaction et l'injection de tuberculine donnaient les mêmes résultats, la cutiréaction fut discordante 9 fois.

Nous verrons jusqu'à quel point cette discordance de la cutiréaction doit être considérée comme défavorable à la méthode, quand nous reviendrons sur ces 9 cas en étudiant les 13 cas où la cutiréaction fut positive chez des malades n'ayant pas réagi à l'injection de tuberculine et le cas où la cutiréaction fut négative chez un malade qui a présenté une élévation thermique à la suite de l'injection de tuberculine.

5° CUTIRÉACTION DANS LA CONVALESCENCE DE MALADIES NON TUBERCULEUSES.

On sait combien sont tuberculigènes certaines affections de l'enfance. Nous avons trop souvent entendu notre maître, M. le professeur Hutinel, signaler combien sont suspectes, combien « sentent la tuberculose », ces bronchopneumonies traînantes consécutives à la coqueluche ou à la rougeole, combien s'affaiblissent et se tuberculinisent les enfants qui ont été à plusieurs reprises atteints de gastroentérite, pour ne pas insister sur deux cas où nous avons pu, chez de très jeunes enfants, indiquer, grâce à la cutiréaction, le moment où ils sont devenus tuberculeux ou, tout au moins, le moment où leur tuberculose est devenue susceptible d'être dé-

(1) L'enfant, obs. 24, est mort ultérieurement. Il n'en a pas été tenu compte dans cette statistique : l'autopsie confirma les données positives de la cutiréaction. *L'oculo avait été négative.*

celée par des moyens plus sensibles que l'examen seul du malade.

Le premier cas est celui d'un enfant atteint de diarrhée infantile. Il présente (obs. 29) une cutiréaction négative à l'âge de 15 mois. Il revient à l'infirmerie deux mois après pour la même affection et alors la cutiréaction fut positive d'aspect urticarien.

Le second cas est analogue (obs. 30). Vu une première fois, on pouvait hésiter entre la tuberculose ou l'adénopathie trachéo-bronchique. Revu 5 semaines plus tard, la cutiréaction fut cette fois positive, alors qu'elle avait été négative deux fois auparavant.

Le premier de ces enfants était âgé de 18 mois et le second de 21 mois. A noter que, parmi les enfants ayant présenté des cutiréactions positives, le plus jeune (obs. 28) avait très exactement un an.

6° CUTIRÉACTION AVEC CONTROLE PAR AUTOPSIE.

On pourra nous objecter que, dans les cas étudiés, nous n'avons pas pu, comme Von Pirquet, contrôler les résultats des cutiréactions par les nécropsies. Cependant, *neuf* de nos malades nous permirent la vérification.

a) *Contrôles des cutiréactions négatives.*

Sur 11 décès, l'autopsie peut être faite sept fois, macroscopiquement on ne trouva pas de tuberculose. On en eut incontestablement trouvé chez l'enfant n° 130 sur qui ce résultat fut défavorable à la méthode, car on sait que les tuberculeux avérés peuvent ne pas réagir. Dans ce cas, la réaction n'a pas d'utilité : la clinique doit suffire.

De même la présence de bacillose — si elle avait été constatée — à l'autopsie des enfants n^{os} 195, 198, 199, 200, n'eut

pas été un argument contre la valeur diagnostique de la cutiréaction, celle-ci ayant été pratiquée dans les 10 jours qui ont précédé la mort.

b) *Contrôles des cutiréactions positives*

Sur 5 décès, l'autopsie put être faite 2 fois et chaque fois le résultat de la cutiréaction se trouva confirmé.

Deux fois la cutiréaction fut positive chez un malade atteint de tuberculose en activité (cavernes aux deux sommets) avec tuberculose pulmonaire en voie de cicatrisation (énorme bloc de tissu fibreux) (obs. 194) et chez une malade (obs. n° 193) qui portait au sommet de chacun des poumons d'énormes cavernes.

Parmi les cas de décès où la cutiréaction ne peut être contrôlée par l'autopsie, se rangent les observations n^{os} 34, 35 et 90. Dans l'un de ces cas (obs. n° 34) la tuberculose ne saurait être mise en doute. L'obs. 90 a rapport à un enfant de 10 ans porteur d'une tumeur cérébelleuse.

En résumé, nous avons toujours vu les autopsies confirmer les résultats de la cutiréaction.

7° ÉTUDE DES CAS OU IL Y EUT DISCORDANCE ENTRE LES RÉSULTATS DE LA CUTIRÉACTION ET CEUX DE L'INJECTION DE TUBERCULINE.

Nous voulons pour terminer revenir sur les 14 cas où les résultats de la cutiréaction furent en discordance avec ceux de l'injection sous-cutanée de tuberculine. *Dans un cas* la cutiréaction est restée négative alors que l'injection de tuberculine sous-cutanée donnait un résultat positif. *Ce cas est unique* aussi, nous demandons-nous, s'il n'y a pas eu là une faute de technique ou d'interprétation. Nous n'avons pas voulu pratiquer une nouvelle cutiréaction con-

naissant la possibilité d'une sensibilisation de l'organisme par l'injection de tuberculine (obs. 171) (1).

Dans 13 cas, la cutiréaction fut positive et l'injection sous-cutanée de tuberculine ne fut pas suivie de réaction thermique.

Sur ces 13 cas il en est *deux* dans lesquels nous pouvons être affirmatifs, soutenir que la cutiréaction fut plus sensible que l'injection de tuberculine et même que l'oculoréaction.

1er cas : il s'agit d'un malade de 18 ans, porteur d'un foyer de râles humides à la partie moyenne du poumon gauche en arrière et dont les crachats contenaient des bacilles en grande quantité (obs. 25).

2e cas : c'est celui d'un garçon de onze ans, entré à l'hôpital pour une diarrhée dysentériforme. Il présenta une première cutiréaction forte et 42 jours après une seconde plus faible. Après *80 jours d'observation*, alors que le malade se cachectisait de plus en plus, on vit se développer chez lui des lésions pulmonaires des plus nettes, localisées au sommet. Les crachats ne contenaient pas de bacilles.

Restent 11 cas. Il est bien difficile de chercher à expliquer cette discordance ; cependant, si, au lieu de nous contenter d'une seule ou de deux injections de tuberculine, nous les avions continuées, soit fréquemment à la même dose, comme l'indique M. Claisse, soit plus rarement mais en doublant successivement les doses, comme le recommande M. Milian, il est très possible qu'alors nous aurions obtenu

(1) Nous considérons qu'il y a eu résultat positif par l'injection de tuberculine parce que l'enfant a eu un maximum de T° de 38,3. Cependant cette injection n'a pas donné lieu à un écart de T° de 1°, la T° étant de 37,8. On pourrait donc à la rigueur soutenir qu'il y a eu résultat négatif.

un résultat positif confirmant celui de la cutiréaction. Sur ces 11 cas, en effet, il y en eut 8 qui n'ont reçu qu'une seule injection de tuberculine. Les 3 autres, qui ont continué à ne pas réagir thermiquement, ont reçu deux injections. La première à 2 décimilligrammes, la deuxième à 4 décimilligrammes (obs. nos 17, 19, 25, 42, 50, 55, 74, 86, 89, 107, 115, 118, 126). Rappelons que ces résultats de l'injection sous-cutanée de tuberculine, nous les *avons considérés comme négatifs* parce que, sous l'influence de l'injection, *nous n'avons pas obtenu une température atteignant 38° et un écart de température de 1°*, comme nous l'exigions un peu trop sévèrement peut-être, certains auteurs se contentant d'un écart de 7/10 de degré entre la température maxima avant l'injection et la température maxima après l'injection.

La présence de la cutiréaction positive chez les sujets cliniquement tuberculeux, exception faite des cas négatifs chez les malades tuberculeux avancés ou cachectiques ; *la concordance si fréquente* (86-84 0/0) entre les *données de la cutiréaction et celle de la tuberculine en injections* hypodermiques ; le *rapprochement entre le pourcentage global que nous avons obtenu principalement chez les enfants de* 1 *à* 2 *ans*, du pourcentage indiqué déjà par des recherches cliniques et nécropsiques ; tout cela nousporte à estimer que cette nouvelle méthode d'investigation a le droit de tenir une *place spéciale* dans le diagnostic de la tuberculose.

D'un maniement plus facile et moins délicat que l'injection sous-cutanée de tuberculine, d'une innocuité absolue, d'une fidélité qui nous paraît de beaucoup supérieure à celle de l'oculoréaction, la cutiréaction pourrait donc souvent être utilement substituée à l'injection de tuberculine, puisque les résultats fournis par les deux épreuves sont sensiblement comparables.

Contrairement à ce que peut produire une injection de tuberculine même prudemment faite, la cutiréaction ne provoque aucun retentissement sur les foyers tuberculeux. C'est pourquoi dans les cas douteux la cutiréaction doit être faite, puisqu'elle peut être un élément de plus pour le diagnostic.

Reste à savoir comment il faut interpréter ces résultats.

CHAPITRE V

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DE LA CUTIRÉACTION

Les résultats de la cutiréaction doivent être interprétés différemment suivant qu'ils sont négatifs ou positifs.

Interprétation d'un résultat négatif.

Ainsi que l'ont signalé tous ceux qui se sont occupés de la cutiréaction, cette épreuve peut se montrer négative dans les tuberculoses avérées ou chez les cachectiques tuberculeux ou chez les malades hautement fébricitants.

Ces résultats négatifs n'enlèvent rien à la valeur de la méthode, puisque l'on sait dans quelles conditions bien déterminées ils peuvent se produire.

Aussi, bien, dans ces cas, les résultats n'ont que peu d'utilité et la clinique doit suffire pour établir le diagnotic ; mais dans les cas cliniquement douteux *l'importance d'un cas négatif est considérable*, plus considérable encore que celle d'un résultat positif, puisqu'elle permet de déblayer le terrain et de diriger le diagnostic en écartant la notion de tuberculose.

Négative, elle sera donc d'une grande utilité en présence d'une adénopathie trachéo-bronchique, par exemple, consécutive à une rougeole ou une coqueluche, d'une broncho-pneumonie chronique faisant suite à une rougeole ou à une

coqueluche, alors qu'on ne sait s'il faut incriminer la rougeole, la coqueluche ou la tuberculose. Beaucoup de malades présentent de la bronchite des sommets et sont soupçonnés de tuberculose alors que souvent, il s'agit simplement de faux tuberculeux adénoïdiens justiciables d'une intervention chirurgicale: la cutiréaction viendra rapidement écarter l'idée de tuberculose, sans qu'on soit obligé d'attendre les résultats, quelquefois éloignés, de l'intervention pour porter un pronostic favorable.

Récemment, M. Bezançon a montré combien sont fréquents les sujets porteurs d'un sommet suspect droit : les uns sont tuberculeux, les autres ne le sont pas. Pour ces deux catégories, ce n'est que l'évolution lente qui permet de faire le diagnostic et partant de porter un pronostic. Là encore la cutiréaction négative sera d'un grand secours pour trancher le différend, puisqu'elle permettra de nier la participation de la tuberculose.

Cette même cutiréaction sera d'une application utile chez les enfants offrant un schéma de Grancher incomplet, chez les malades présentant de la polymicroadénite dont la nature tuberculeuse est si souvent suspectée, chez les enfants porteurs d'abcès sous-cutanés multiples, lesquels évoluent fréquemment sur des terrains strumeux.

Interprétation d'un résultat positif.

Plus délicate est l'interprétation des faits positifs.

Il est à remarquer tout d'abord que nous n'avons pu trouver histologiquement, ou macroscopiquement, aucun caractère permettant de différencier les réactions chez les tuberculeux, des réactions présentées par les sujets cliniquement jugés indemnes de tuberculose. A remarquer également que, à part les réactions faibles présentées par des

malades incontestablement tuberculeux, nous avons signalé, comme d'autres l'ont fait également, l'absence de relations entre l'intensité de la cutiréaction et les symptômes cliniques observés. Il semble même que les cutiréactions les plus fortes soient présentées par les sujets les moins suspects. La théorie qui a provoqué les recherches de Pirquet suffirait peut-être à expliquer cette discordance sans qu'on puisse en tirer de déductions pratiques.

Mais il ne faut pas demander à la cutiréaction plus qu'elle ne peut donner, plus que ne peut donner d'ailleurs la tuberculine en injections sous cutanées. Ces deux méthodes d'investigations indiquent *si le malade est ou non porteur de foyers tuberculeux* mais ne fait pas connaître où sont ces foyers, quelle est leur entendue, s'ils sont actifs ou non.

La cutiréaction qui ne provoque pas de retentissement sur les foyers tuberculeux, donnera peut-être moins de renseignements que la tuberculine en injection ; mais elle pourra être répétée fréquemment et pourra être employée même dans les cas où le malade présente de la température.

Une cutiréaction positive au cours d'une bronchite suspecte ne voudra pas dire bronchite tuberculeuse mais bronchite chez un sujet porteur d'un foyer tuberculeux. Et ce sera à la clinique, à la clinique à laquelle il faut en fin de compte toujours revenir, qu'appartiendra l'honneur de révéler s'il y a relation de cause à effet entre la tuberculose indiquée par la cutiréaction et les phénomènes observés.

Un enfant présente de la coxalgie, la cutiréaction est positive mais la coxalgie guérit en quelques jours parce qu'il s'agit d'une coxalgie hystérique. La cutiréaction n'a pas été pour cela en défaut. Une hystérique peut être tubercu-

leuse sans que l'on ait, un seul instant, la pensée de soutenir que l'hystérie soit de nature tuberculeuse.

Un malade est atteint de pieds plats douloureux, une enfant est atteinte de vulvite et de prolapsus du rectum, tous deux donnent une cutiréaction positive. La vulvite, le prolapsus rectal, les pieds plats sont-ils pour cela de nature tuberculeuse ?

Des syphilitiques et des lépreux peuvent réagir positivement à la cutiréaction et à l'injection sous-cutanée de tuberculine, parce qu'ils peuvent être tuberculeux latents tout en étant syphilitiques ou lépreux, sans que la syphilis ou la lèpre soient de nature tuberculeuse.

Si nous avons choisi ces exemples un peu osés, c'est parce qu'il ne faut pas oublier l'importance que peut prendre dans une discussion le raisonnement par l'absurde.

Mais, si cette méthode d'investigation et de diagnostic se perfectionne, peut-être pourra-t-on trouver soit des doses, soit un manuel opératoire, soit, en un mot, des modifications qui permettront de déceler non pas seulement la tuberculose, mais la tuberculose en évolution.

Nous avons en effet été frappés par le fait relaté dans l'observation de l'enfant n° 19 : ses cutiréactions ont diminué progressivement d'intensité et à sa sortie de l'hôpital nous avons pu constater des lésions pulmonaires en évolution qui n'existaient pas à l'entrée. La diminution de l'intensité réactionnelle a été signalée par Von Pirquet dans les cas de tuberculose miliaire. Nous avons constaté un fait analogue (obs. n° 34). Des recherches du même genre faites dans ce sens, pratiquées dans les cas de tuberculose douteuse ou à marche très lente, nous paraissent nécessaires.

Quoiqu'il en soit de nos recherches, nous gardons l'im-

pression que *la cutiréaction est une méthode récente qui a de la valeur*, dont l'étude ne doit pas être abandonnée, pensant bien qu'elle sera fertile en nouveaux enseignements.

C'est pourquoi nous proposons les conclusions suivantes :

CHAPITRE VIII

CONCLUSIONS

1°) La cutiréaction est une manœuvre simple, facile, absolument inoffensive dont rien ne vient contre-indiquer l'emploi.

2° Nous la préférons à l'oculoréaction qui, pour nous, n'est pas d'une fidélité absolue, dont l'innocuité n'est que relative ; qui peut provoquer des accidents sérieux et graves.

3° La cutiréaction a un aspect polymorphe. Pour nous, parmi ses caractères le plus important est *l'induration*. Son intensité n'est en rapport, ni avec l'étendue, ni avec la gravité des lésions tuberculeuses. Parmi ses formes cliniques, la plus intéressante est, nous semble-t-il, la forme urticarienne, un des modes de la réaction forte. La cutiréaction possède macroscopiquement et microscopiquement une individualité propre.

4° Certaines conditions spéciales peuvent modifier l'aspect de la cutiréaction. Nous avons montré l'influence possible d'une injection de tuberculine produisant une reviviscence de la cutiréaction, les différences d'intensité et d'évolution que présente une cutiréaction faite après une injection de tuberculine.

Par contre, nous pensons qu'une injection de tuberculine, faite en même temps qu'une cutiréaction, n'entrave pas l'évolution de cette dernière, chez l'enfant tout au moins.

5° En faveur de la valeur diagnostique de la cutiréaction plaident :

a) Son apparition chez les enfants cliniquement tuberculeux, exception faite pour les cachectiques.

b) La concordance si fréquente de ses résultats avec les résultats fournis chez un même sujet par l'injection de tuberculine.

c) Le nombre des cutiréactions positives (31 0/0) présentées par des enfants au-dessous de 3 ans atteints d'affections diverses, pourcentage se rapprochant de celui signalé par les auteurs qui ont étudié la fréquence de la tuberculose chez les enfants du même âge (33 0/0 de foyers tuberculeux à l'autopsie).

d) Les modifications qu'elle présente sous l'influence de l'injection de tuberculine sous-cutanée.

6° La cutiréaction peut tenir dans le diagnostic de la tuberculose une place au moins égale à celle de la tuberculine sous-cutanée.

La cutiréaction ne comportant pas les mêmes inconvénients que l'injection de tuberculine sous-cutanée qui peut lui être préférée dans la grande majorité des cas.

POINTS PARTICULIERS DE LA CUTIRÉACTION

OBSERVATIONS A CONSULTER

Cutiréactions à aspect urticarien.

Observations nos 1, 4, 6, 8, 28, 30, 36, 37, 46, 50, 60, 65, 82, 91, 114.

Cutiréactions à apparition rapide.

Observations nos 8, 28, 47, 85, 115, 116, 120.

Cutiréactions à apparition retardée.

Observations nos 1, 19, 33, 50, 88, 108, 125.

Cutiréactions de courte durée.

Observations nos 15, 19, 217, 218, 219.

Cutiréaction de longue durée.

Observations nos 31, 85, 90, 114.

Réviviscence de cutiréaction ou d'oculoréaction.

Observations nos 1, 3, 4, 10, 14, 22, 45, 47, 54, 59, 73, 83, 86, 89, 91, 112, 122, 123.

Résultats de cutiréactions faites au même moment qu'une injection de tuberculine.

Observations nos 6, 8, 11, 12, 17, 39, 43, 44, 52, 55, 67, 70, 73, 80, 81, 86, 89, 82, 99, 113, 210, 146, 154, 180, 192, 36, 5, 87, 88, 86.

Cutiréactions après injection de tuberculine.

Observations nos 1, 3, 4, 14, 37, 40, 48, 18, 86, 98, 105, 117, 119, 179, 180, 210, 216, 220.

Cutiréactions à la toxine diphtérique.

Observations nos 313 à 413.

3oo OBSERVATIONS DE CUTIRÉACTIONS

A LA TUBERCULINE

I. — Malades soignés à l'Infirmerie

A. Résultats positifs : 128 cas 128

1° Tuberculose pulmonaire certaine : 34 cas.
a) Au début : 17 cas.
b) Au 2e degré : 10 cas.
c) Au 3e degré : 7 cas.
2° Tuberculose pulmonaire douteuse : 26 cas.
3° Tuberculose certaine autre que pulmonaire : 18 cas.
4° Tuberculose douteuse autre que pulmonaire : 16 cas.
5° Pas de tuberculose cliniquement décelable : 34 cas.

B. Résultats négatifs : 64 cas. 64

1° Tuberculose pulmonaire certaine : 2 cas.
a) Au début : 0 cas.
b) Au 2e degré : 1 cas.
c) Au 3e degré : 1 cas.
2° Tuberculose pulmonaire douteuse : 5 cas.
3° Tuberculose certaine autre que pulmonaire : 0 cas.
4° Tuberculose douteuse autre que pulmonaire : 6 cas.
5° Pas de tuberculose cliniquement décelable : 51 cas.

C. Résultats avec autopsie : 8 cas 8

1° Cas positifs : 2 cas.
2° Cas négatifs : 6 cas.

II. — Enfants de la catégorie des « Petits Sevrés »

A. Résultats négatifs avec autopsie : 1 cas 1
B. Résultats positifs : 19 cas. 19
C. Résultats négatifs : 80 cas. 80

300

OBSERVATIONS

EXPLICATION DES ABRÉVIATIONS

CT. — Cutiréaction.
OT. — Oculoréaction.
TR. — Injection sous-cutanée de tuberculine.

Obs. 1. Emilienne V. âgée de 4 ans. Tuberculose au début.
CT et TR positives. OT négative.

Examen clinique. — Enfant pâle à longs cils. *Poumons:* à droite, en arrière, légère submatité avec respiration soufflante au sommet. A l'expiration quelques râles crépitants fins. Transonnance exagérée à timbre métallique. En avant, inspiration soufflante. A gauche : rien.

1er *CT* le 5 août 1907. Le 6 rien.

Le 7, résultat positif léger : zone rouge peu étendue avec peu de surélévation de la peau.

Le 8,à 9 heures,la scarification supérieure bien que ponctiforme a donné lieu à une surélévation de la peau, à une réaction rouge vif intense, à une induration forte. *Aspect urticarien* de la réaction. Dimensions : 1 cent. de large sur 2cent. de haut. Les deux autres scarifications ont réagi sous forme d'une tache rose ovalaire de 1 cent. environ de diamètre vertical et de 5 à 6 millim. de diamètre horizontal. Aspect également urticarien.

Le 14 août : teinte cuivrée des zones de réaction précédemment d'une teinte rouge vif.

TR. le 21 août, soit *16 jours après la CT.* La TR est à 2 décimiligr. Elle fut faite à 11 h. un quart du matin. Douze heures après t° 39,8 ; résultat positif.

Le 22, *influence de la TR sur la TC.* A signaler une rougeur vive sous forme de *placard à l'endroit où a été faite la TR.* On voit à ce niveau une zone d'œdème de 5 à 6 cent. de longueur, obliquement dirigée en bas et en dehors. Largeur 3 cent. et demi. Les cutiréactions qui, le 21, étaient fortement en voie de régression subissent une poussée nouvelle. Coloration rouge vif. Surélévation de la peau. L'étendue de la zone de réaction est plus grande. De plus, il s'est produit un *halo périphérique :* la réaction de la sorte a la grandeur d'une pièce de 1 franc et par suite du rapprochement des scarifications les 3 zones sont confluentes.

Le 24, même état, teinte jambonnée de la réaction locale au point de la TR. Teinte cuivrée de la CT. Légère desquamation furfuracée.

Le 27, teinte cuivrée de la CT. Desquamation intense. Le halo et par suite la confluence ont disparu.

Ce même jour, *soit 6 jours après la TR,* on pratique une 2e *CT.* Deux scarifications sur le bras gauche.

Le 28, résultat positif. Surélévation de la peau. Induration. Aspect *crémeux* des lèvres de la plaie. Dimensions de la zone, 3 millim. sur 4 millim.

Le 29, même aspect. A remarquer le léger décollement de l'épiderme au niveau des lèvres de la plaie.

Le 30, la réaction locale au niveau de la TR a pris une teinte brunâtre. Diminution d'étendue de la CT. Dimension 2 millim.

3e *CT* le 2 octobre 1907, *soit 12 jours après la TR.*

Ce jour on voit encore sous forme d'un triangle brunâtre les premières cutiréactions qui avaient subi une reviviscence sous l'influence de la tuberculine sous-cutanée.

Les deuxièmes CT ne sont plus visibles que sous forme de cicatrices blanchâtres.

Le 3 octobre, à 9 h., réaction positive de 2 millim. à peine de

chaque côté des lèvres de la scarification. Coloration rouge vif. Induration.

Le 4 octobre, même état.

4e *CT* le 11 décembre à 9 h. Début à 4 heures, léger halo à 6 heures.

Le 12 à 9 h. et demie zone rouge indurée surélevée s'étendant à 6 millim. de chaque côté du trait de scarification. Quelques petites papulettes sur le champ de la réaction. Le halo a disparu.

Obs. 2. Maurice B., âgé de 8 ans. Tuberculose pulmonaire. Pas de bacilles dans les crachats.

CT et TR positives. OT négative.

Enfant envoyé en Auvergne par le prof. Hutinel pour tuberculose pulmonaire. Revient le 6 août amélioré : augmentation de poids.

Examen clinique. — *Poumons.* En arrière : à droite, matité en haut et en bas, à gauche submatité en haut ; râles de bronchite et gros râles muqueux à droite. En bas, souffle et râles crépitants. En avant, à gauche, matité ; à droite, submatité. A gauche, râles de bronchite et râles crépitants. A droite, inspiration rude.

CT le 10 août 1907 à 10 heures du matin. Résultat positif le 11.

CT par le Dr Mantoue, résultat négatif.

TR le 17 août 07 à 2 décimilligr. Résultat positif le 18 à 6 heures, t° 38,5.

Le 30 août au moment du départ on voit encore la CT positive sous forme de petites taches roses, coloration légèrement cuivrée, indurées et surélevées.

Obs. 3. Francis H., âgé de 8 ans et demi. Tuberculose pulmonaire.

CT, OT, TR toutes trois positives. Réviviscence de CT.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital a perdu une jeune sœur de tuberculose pulmonaire. Amaigrissement, pâleur, dyspnée légère, t° 39,3 à l'entrée.

Par suite du repos au lit et de la suralimentation, l'état général s'améliore et la t° disparaît.

Examen. — Submatité des deux sommets en avant et en arrière des deux côtés. Bouffées de râles sous-crépitants aux deux sommets en faisant tousser le malade. Respiration humée, inspiration se faisant en deux temps, expiration prolongée.

CT le 5 août 07 à 4 h. un quart du soir.

Le 6 à 9 heures réaction violente. Bien que les scarifications n'aient que 1 millim. à un 1 millim. et demi de longueur, elles ont donné respectivement des réactions ayant les dimensions suivantes, *l'une 1 cent. de large sur 3 cent. de haut*, l'autre 1 cent. de diamètre, la troisième presque 2 cent. de diamètre. Toutes trois ont *l'aspect urticarien*. Biopsie de l'une des réactions.

Le 9, les réactions se sont étendues encore et ont gagné chacune 3 ou 4 millim. dans leurs deux sens. Teinte jambonnée. L'aspect urticarien a disparu. Il reste induration et surélevation notables.

TR le 13 août à 9 h. un quart, réaction positive à 4 heures du soir, 40° ; à 7 heures 40°,5 ; à 10 heures du soir 40° (2 décimilligr.).

Le 14 août à 9 heures on constate une *reviviscence de la CT* sous l'influence de la TR. Autour de chaque réaction s'est développé un *halo périphérique* séparé du halo périphérique voisin par une très mince zone de peau mince. Ces réactions sont presque confluentes, bien qu'elles soient distantes l'une de l'autre, de 3 cent. et demi. L'ensemble de ces réactions donne lieu à une zone rose, d'apparence œdémateuse, avec légère surélévation de la peau et ayant pour dimensions 5 cent. et demi de haut sur 4 cent. et demi de large. Ces phénomènes ont duré pendant 4 jours, puis la réaction a diminué d'intensité, a pris une teinte cuivrée.

Le 23 août, légère desquamation furfuracée au niveau du halo périphérique produit par l'injection de tuberculine. Desquamation en larges plaques au niveau de la cutiréaction.

2e *CT* le 26 août 07, *soit 13 jours après la TR*. Les deux scarifications ont l'une 2 millim., l'autre à peine 1 millim.

Le 27, à 8 heures et demi, on a deux réactions positives, *l'une de 3 cent. de haut sur 4 cent. de large*, l'autre est presque arrondie de 1 cent. de diamètre. Toutes deux sont *d'apparence urticarienne* avec *halo périphérique*. L'une d'elles est entourée en dehors de ce halo de quelques petites papulettes rougeâtres surélevées, indurées, de la grosseur d'une tête d'épingle.

Le 28, la zone s'est agrandie et s'est arrondie autour de la scarification qui avait 2 millim. On a *une réaction de 4 cent. × 4 cent.* Le halo a subsisté et à son niveau il semble qu'il existe un peu d'œdème dermique, car la peau se plisse moins facilement.

Le 29, disparition du halo. Aspect crémeux au niveau de la scarification. Teinte jambonnée de la réaction. Début de desquamation.

Une OT avait été positive forte.

Obs. 4. Jeanne d'A., âgée de 10 ans et demi, née le 15 avril 1897. Tuberculose pulmonaire.

CT et TR positives. OT négative. Réviviscence de CT.

Examen clinique à l'entrée.

Malade envoyée au Pavillon Pasteur avec le diagnostic bacillose ou fièvre typhoïde par le Dr Lereboullet fils. Considérée par le Pr Hutinel comme étant atteinte de typhobacillose : T° élevée, râles de bronchite aux deux sommets, abattement, dyspnée. Serodiagnostic négatif à 1/30.

1re *CT* le 5 août 1907.

Le 6, résultat positif. Autour des scarifications ponctiformes on note une rougeur vive avec induration s'étendant à 1 millim. de chaque côté des lèvres de la plaie.

Le 7, augmentation de la réaction. Les 3 zones de réaction se sont étendues de chaque côté de 2 millim. environ. L'une présente *l'aspect urticarien*.

Le 9, même état.

Le 14, il subsiste une légère rougeur au niveau des piqûres. La réaction a pris une teinte jambonnée. L'induration subsiste. Léger plissement de l'épiderme.

A cette date, c'est-à-dire 9 *jours après la* 1re *CT, une TR* à 2 décimilligr. à 11 h. du matin. Début de réaction thermique dans la journée, 38°,1. le soir à 7 heures, 39°,1 à 10 heures.

Le 15 au matin, la cutiréaction est plus étendue que la veille et plus étendue également qu'elle n'était le 7 août. La teinte de la réaction est devenue rouge vif, l'induration est plus forte. De plus, il y a production *d'un halo périphérique* qui n'existait pas auparavant. Ces phénomènes ont duré deux jours.

Le 15, la t° était de 40°2 à 1 heure et à 4 heures de l'après-midi.

2e *CT* le 26 août à 5 heures, soit 12 jours après la TR.

Le 27, au niveau de chaque piqûre, zone rose arrondie de 6 à 7 millim. de diamètre avec induration légère, épaississement du derme. Surélévation notable de la zone.

Le 28, à 10 heures du matin autour des piqûres et des zones de réaction, développement d'un halo sur lequel reposent les deux cutiréactions. Il a pour dimensions *4 cent. de large sur 2 cent. et demi de haut.* A son niveau se sont développées des *petites papulettes.* Sur les bords de la scarification, décollement de l'épiderme qu'on peut soulever avec la pointe d'une épingle.

Le 29, à 8 heures et demie, le halo a complètement disparu. La CT est en défervescence. Autour des scarifications existe une zone d'un rouge très atténué. Dimensions 7 millim. de diamètre. Induration du derme. Les petites papules du halo subsistent encore.

Le 2 octobre, à 8 h. et demie c'est-à-dire *46 jours après la TR* on fait une 3e *CT.*

Le 2 octobre à 1 h. et demie légère rougeur de 1 millim. et demi de chaque côté des lèvres de la plaie.

Le 3, à 9 heures, la zone s'étend à 3 millim. de chaque côté des lèvres de la scarification avec teinte légèrement violacée. Surélévation et induration.

Le 4 octobre, même aspect.

L'enfant sort le 5 octobre.

Examen clinique à la sortie :

Poumon droit : En arrière légère submatité au sommet, respiration légèrement soufflante. Expiration prolongée. La transsonnance donne un son plus métallique à droite qu'à gauche. En avant : inspiration soufflante et expiration prolongée.

Poumon gauche : En arrière, sonorité normale. Peut-être quelques frottements au sommet. En avant, légère submatité. Respiration diminuée.

Cœur : rien.

Obs. n° 5. Louis C., âgé de 12 ans, né le 12 juillet 1895. Tuberculose pulmonaire au début.

CT et TR positives. OT négative.

Poumons : Expiration prolongée et soufflante, submatité du sommet droit ;

OT le 13 novembre 1907 à 9 h. et demie : résultat négatif.

1re *CT* le 13 à 6 h. Le 15 seulement résultat positif faible. Zone rouge s'étendant à 1 millim. et demi de chaque côté des lèvres de la plaie. Induration et surélévation.

1re *TR* à 2 décimilligr., le 17 novembre résultat négatif. Au point d'injection légère rougeur en placard.

Le 24, la CT est encore visible, mêmes aspect et dimensions.

2e *TR* à 4 décimilligr. et 2e *CT* le 25 novembre à 8 h. et demie.

TR positive le même jour à minuit, t° 39,5.

Le 26, 2e *CT* résultat positif, zone de réaction s'étendant à 4 millim. de chaque côté des lèvres de la scarification.

Obs. n° 6. Jules C., âgé de 12 ans et demie. Tuberculose au début. Laryngite de nature douteuse.

CT et TR positives. OT négative.

Examen : Submatité aux deux sommets avec diminution du murmure vésiculaire et augmentation des vibrations.

Enrouement : laryngite de nature douteuse.

1re *CT* le 11 décembre 1907.

Le 12, résultat positif sous forme de tache ecchymotique indurée surélevée.

Le 14, aspect *légèrement urticarien.*

OT le 11 décembre résultat négatif.

2e *CT et TR* à 2 décimilligr. faites toutes deux au même moment, le 14 décembre à 11 h. et demie. TR positive le même jour, t° 39,2 à 8 heures et 11 heures du soir.

Le 15, placard rouge induré au niveau de l'injection de tuberculine sous-cutanée, la 2e CT a le même aspect que la première fois.

Obs. 7. Yvonne D., âgée de 14 ans. Tuberculose pulmonaire au début.

CT positive.

Malade de la ville envoyée par le Dr Veau comme suspecte de tuberculose du genou.

A. H. Le père tousse depuis 18 ans. La mère est bien portante.

A. P. L'enfant n'est pas réglée. A toujours été malade. A eu de la déviation de la colonne vertébrale. A passé à Berck l'année 1905. Pendant son séjour a toujours souffert du ventre et à 3 ou 4 reprises fut obligée de s'aliter. Fut opérée d'appendicite par le Dr Jalaguier, le 12 février 1906.

Tousse l'hiver, a de fréquentes bronchites. Souffre au niveau du genou.

Examen du poumon. — En arrière, submatité des deux côtés en haut, en avant rien. A gauche, en arrière, respiration longue humée, saccadée. En avant, même chose, mais respiration un peu plus rude. A droite, obscurité respiratoire presque totale en arrière ; longue inspiration rude en avant.

CT le 31 août 1907, à 9 h. trois quarts.

Résultat positif le 1er septembre. La malade n'a pas été revue.

Obs. 8. Louise H., âgée de 15 ans. Tuberculose au début. CT, OT, TR positives.

Cette enfant a eu chez elle, en janvier 1907, une pleurésie droite qui n'a pas été ponctionnée.

Au début de février elle entre au Pavillon Pasteur pour une pleurésie gauche qui est ponctionnée. Elle fait ensuite une nouvelle pleurésie droite qui n'est pas ponctionnée.

Elle part en convalescence à Forges.

Le 10 décembre. Souffle expiratoire au sommet droit. En avant et à droite, submatité. Ganglion dans l'aisselle droite.

Diminution du murmure vésiculaire des deux côtés, surtout à gauche aux bases.

1re *CT* le 11 décembre 1907, à 9 heures du matin. Début à 4 heures.

Le 12, résultat positif.

Le 14, *aspect urticarien* de la réaction.

OT le 11 décembre à 9 heures, positive intense le 12 seulement. Présente de la photophobie, de la purulence abondante et une injection intense de la conjonctive. OEdème de la paupière supérieure et de la paupière inférieure. Cet état dure jusqu'au 14. Le 14, à 11 h. et demie, on fait au même moment la 2e *CT et la TR* à 2 décimilligr. TR positive le même jour, t° 38,5 à 11 heures du soir ; le 15, CT positive comme la première fois. Même évolution.

Obs. 9. Louise P., âgée de 17 ans et demi, née le 14 janvier 1890. Tuberculose pulmonaire au début.

CT et TR positives. OT négative deux fois.

Examen. — Amaigrissement léger. Tousse un peu. Légère élévation de t° le soir atteignant 38,5.

Matité aux deux sommets en arrière avec diminution du murmure vésiculaire. Inspiration prolongée se faisant en deux temps.

CT le 23 août 1907, à 5 heures. Le 24, rien. Le 25, résultat positif léger. Zone de réaction rose, indurée, surélevée.

1er *OT* le 23, résultat négatif.

TR à 2 décimilligr., le 26 à 9 h. et demie. Résultat positif à 6 heures du soir, *t°* 38,5.

2e *OT* le 17 septembre. Résultat négatif.

Obs. 10. Joseph M., âgé de 18 ans, né le 26 août 1889. Tuberculose au début.

CT positive. OT négative. TR négative d'abord, positive ensuite. Reviviscence de la CT.

Renvoyé de son agence pour être dirigé sur le Puy-de-Dôme.

Poumon : seulement submatité à gauche et en arrière avec respiration légèrement humée.

OT le 17 septembre 1907, à 8 h. et demie. Résultat négatif.

CT le 18 septembre, à 4 h. et demie, résultat positif le lendemain, coloration *rouge vif de la grandeur d'une pièce de* 0 fr. 50, avec quelques petites papulettes.

1re *TR* à 2 décimilligr. le 18 septembre, résultat négatif.

Le 8 octobre, soit 21 *jours après*, on constate que la *CT a complètement disparu*, on ne voit plus qu'une simple cicatrice. On pratique alors une 2e *TR* à 4 décimilligr. Début de réaction le même jour, la TR ayant été faite à 8 heures du matin, on a t° 38, à 9 heures du soir, 38,2 à minuit. Le 9 octobre, 38,7 à midi. Le 9 octobre, outre sa température, le malade accuse de la courbature, des maux de tête, une sensation de fatigue générale. On constate une *réviviscence de la CT* sous forme d'un placard brun rougeâtre peu intense. Deux de ces placards ont 12 millim. de large sur 16 millim. de haut. L'autre a 15 millim. de large sur 16 de haut.

Obs. 11. Nelly S., âgée de 18 ans, née le 3 juillet 1889. Tuberculose au début.

CT et OT positives. TR négative d'abord, positive ensuite.

A. P. Rougeole à 11 ans. Réglée à 15 ans. Tousse depuis 3 ans. A un peu maigri. Ne crache pas. Transpirations nocturnes. Perte

d'appétit. En arrière, sommet droit, respiration soufflante, retentissement de la toux et de la voix. En avant, à droite, inspiration rude. Exagération des vibrations.

1re *CT* le 30 novembre 1907 à 5 heures. Le 1er décembre résultat positif.

Le 2 décembre, *OT*, 2e *CT et TR* à 2 décimilligr. faites au même moment à 8 h. trois quarts. Début de l'OT à 6 heures, résultat positif net le 3.

La TR reste négatif, mais la *CT est plus forte que la 1re forme urticarienne avec papulettes*. Grandeur d'une pièce de 0 fr. 50.

2e *TR* le 21 décembre à 4 décimilligr. Résultat positif le 22, t° à 6 heures du matin, 38,9.

Obs. 12. Valentine S., âgée de 18 ans, née le 9 octobre 1889. Tuberculose au début.

CT et TR positives, OT négative.

A. P. Bien portante jusqu'à 8 ans. Scarlatine à 8 ans. Bronchite à 11 ou 12 ans. Fièvre thyphoïde à 13 ans.

Tousse depuis 3 ans. Crache beaucoup et aurait eu une congestion pulmonaire en février avec quelques filets de sang dans ses crachats. A été malade pendant 2 mois.

A maigri beaucoup depuis le mois de juin 1907.

Examen. — Percussion en arrière et à gauche submatité, en avant rien. Auscultation en arrière, à droite diminution du murmure vésiculaire. A gauche : Respiration légèrement soufflante. En avant des deux côtés respiration légèrement humée.

Pas de bacilles dans les crachats.

CT et *TR* à 2 décimilligr. le 6 octobre à 10 h. trois quarts au même moment.

Le 7 au matin *CT* positive. A 3 heures, réaction thermique *TR* positive à 39°4.

Le 7 *OT* à 8 h. trois quarts résultat négatif.

Obs. 13. Lucien P., âgé de 19 ans. Tuberculose pulmonaire

au début. Respiration faible des deux côtés.

CT et OT positives. TR négative, douteuse peut-être.

Garçon solidement charpenté. Envoyé par le Pr Hutinel dans le Puy-de-Dôme, le 25 avril 1907, pour tuberculose au début. A augmenté de 12 kilos du 25 avril au 7 août.

Examen clinique le 8 août. Respiration faible des deux côtés particulièrement à droite. Pas d'expiration prolongée, Submatité dans la fosse sus-épineuse à droite.

CT le 10 août 1907, à 10 heures du matin.

Le 11, résultat positif.

Le 12, même état, le 13, induration..

OT par le Dr Mantoue avec la tuberculine de Calmette, résultat positif léger.

La *TR* à 2 décimilligr. n'a pas donné de réaction thermique. Outre qu'elle n'a été faite qu'une fois, il y lieu de supposer que le malade, légèrement indiscipliné, n'a pas laissé prendre sa température régulièrement.

Le 20, le malade sort de l'hospice. La CT n'est pas terminée. Elle se présente sous forme d'une zone indurée de coloration jambonnée avec desquamation légère.

Obs. 14. Louise L., âgée de 22 ans, née le 13 novembre 1885. Tuberculose ancienne au début.

CT, OT, TR positives. Reviviscence de l'oculo.

Avait été envoyée à la campagne en 1905, par M. le Pr Hutinel, pour tuberculose pulmonaire au début.

Examen en octobre à son retour en 1907.

En arrière, au sommet gauche, matité et respiration légèrement soufflante. En avant, à gauche, submatité et respiration humée. A droite, en arrière et en haut submatité.

OT le 24 septembre 1907 à 9 h. trois quarts du matin. Résultat positif 6 heures après à 3 h. un quart. Intensité moyenne. Intensité forte à 6 heures. Purulence. Le 25 au matin injection conjonctivale intense, douleurs de tête. Le 26 et le 27, pansements humides.

1re *CT* le 27 à 9 h. trois quarts.

Le 28, même état de l'oculoréaction qui, par ses picotements, trouble le sommeil de la malade. Diminution de la purulence. Quelques petites phyctènes au niveau du bord de la cornée. Pansements humides et atropine dans l'œil.

A 9 heures du matin la CT est positive. Rougeur vive, induration, surélévation. Etendue de 5 millim. de chaque côté des scarifications.

Le 1er octobre même état de l'oculo.

Le 2, l'oculoréaction a presque disparu, il ne reste plus qu'un peu de rougeur de la conjonctive et de la caroncule.

TR à ce jour à 9 heures à 2 décimilligr.

La malade n'a pas encore réagi à sa TR, température 37,2 mais déjà l'*oculoréaction a présenté de la reviviscence.* Injection de toute la conjonctive aussi intense que précédemment. Picotements. La malade se plaint d'avoir « la vue brouillée », bien que les pupilles soient de même largeur. Pas d'influence sur la CT. Pas de rougeur au point d'inoculation à l'injection de tuberculine.

Le 3 octobre l'oculo est plus intense que la veille.

Réaction positive de la TR, t° 38 à 9 heures, 38,5 à midi, 38,8 à 3 heures.

Douleurs de tête, courbature, picotements dans l'œil qui a reçu de la tuberculine.

Le 4 octobre apparaît seulement la rougeur au niveau du point d'injection de la tuberculine. Petit placard induré.

L'œil est en meilleur état.

2e *CT* le 6 octobre à 10 h. trois quarts, soit 4 jours après la TR.

Le 7, résultat positif. On a seulement une rougeur, indurée, surélevée s'étendant à 2 millim. de la scarification.

Obs. 15. Juliette C., âgée de 22 ans. Tuberculose pulmonaire au début.

CT et OT positives.

Nourrice sédentaire de l'hospice.

A. P. Pas de maladies antérieures. Deux enfants, l'un de 5 ans, l'autre de 6 mois, tous deux bien portants.

Entrée à l'infirmerie le 21 octobre 1907. Malade depuis 15 jours. Début par une bronchite légère avec toux ; huit jours après, point de côté à gauche sous le sein, surtout douloureux au moment de la toux et des inspirations.

Le 21 octobre à l'entrée, t° 40,9. *Poumons :* en arrière submatité à droite sur toute la hauteur. Vibrations conservées mais non exagérées. Diminution du murmure vésiculaire dans toute la hauteur du poumon droit sauf au sommet, où l'on perçoit des râles de bronchite.

Le 29, angine herpétique.

Le 31, crise de dyspnée la nuit survenant subitement sans point de côté. Raucité de la voix.

Le 2 novembre, la raucité de la voix va en augmentant. Aphonie complète.

Le 6, examen laryngologique par notre collègue B. Bord qui nous remet la note suivante : « Laryngite catarrhale suspecte de bacillose ; à surveiller ».

Le 11, la température est revenue à la normale.

CT le 2 novembre à 3 h. et demie.

Le 3 à 11 h. et demie résultat positif léger. Zone rose s'étendant à 1 millim. et demi en dehors de la scarification de chaque côté. Induration. Terminée le 5 avec légère desquamation.

OT le 6 novembre à 8 h. et demie, résultat positif moyen, le même jour, ayant débuté le soir à 4 h. et demie.

Obs. 16. Estelle V., âgée de 23 ans. Tuberculose pulmonaire au début.

CT, OT, TR positives.

A été envoyée par le Pr Hutinel dans le Puy-de-Dôme pour tuberculose pulmonaire au début.

Revient améliorée. Légère augmentation de poids.

Examen clinique. — Malade grande, maigre, ne voulant pas s'alimenter. Submatité et diminution de la respiration aux deux sommets.

CT le 16 août 1907 à 9 h. et demie.

Le 17, résultat positif.

TR à 2 décimilligr. le 17 août. Réaction positive t° 38,4.

OT le 23 août à 8 h. et quart du matin, résultat positif le lendemain seulement au moment du départ rougeur intense, photopholie, sécrétion purulente forte.

Obs. 17. Anna G., âgée de 21 ans, née le 29 octobre 1886.

Tuberculose au début.

CT positive, OT négative, TR deux fois négative.

Fièvre typhoïde au mois d'août 1907. Aurait eu des hémoptysies pendant sa fièvre typhoïde, a eu des sueurs nocturnes. Amaigrissement.

Examen. — Submatité au sommet gauche en arrière avec à ce niveau légère diminution du murmure vésiculaire. Rien à droite. Traces de pointes de feu au sommet gauche.

1re *CT* le 6 décembre 1907 à 8 h. trois quarts, positif le même jour à 4 heures sous forme d'une zone rose indurée surélevée, s'étendant à 4 millim. de chaque côté du trait de scarification.

OT le 11 décembre à 9 heures, résultat négatif.

2e *CT et TR* à 2 décimilligr. le 14 décembre à 9 heures. La TR reste négative ; mais la CT se montre sous le même aspect et les mêmes dimensions que la première fois.

2e *TR* à 4 décimilligr. le 21 décembre. Résultat négatif.

Obs. 18. Yvonne M., âgée de 9 ans. Tuberculose pulmonaire avec nombreux bacilles dans les crachats.

CT, OT, TR positives.

Examen clinique. — Grande fillette maigre.

Poumons : A gauche en arrière forte submatité, respiration

soufflante, expiration prolongée, quelques crépitants. Transsonnance à timbre métallique. En avant submatité, respiration soufflante, expiration prolongée. A droite, en arrière, inspiration humée. Pas de râles, en avant, rien.

1re *CT* le 21 août 1907 à 3 h. un quart.

Le 22, résultat positif, forte teinte rouge vif avec surélévation et induration. La zone de réaction s'étend à 3 ou 4 millim. de chaque côté des scarifications.

OT le 23 août à 9 heures, résultat positif à 4 h. et demie.

TR à 2 décimilligr. le 27 à 9 heures, t° 38,2 à 5 heures et à 8 heures du soir.

2e *CT* le 29 août à 9 heures. Ce même jour on peut constater que les premières cutiréactions sont presque disparues.

3e *CT* le 11 décembre à 9 heures. Début à 4 heures.

Le 12, résultat positif, zone rouge indurée, surélevée, s'étendant à 6 millim. de chaque côté du trait de scarification. Forte induration. Pas d'aspect urticarien. *Aspect crémeux* des lèvres de scarification.

Obs. 19. Paul H., âgé de 11 ans, né le 19 août 1896. Entérite tuberculeuse probable. Foyer de ramollissement au sommet droit. Pas de bacilles dans les crachats.

Deux CT positives. OT et TR négatives.

Enfant du Pavillon Pasteur atteint de diarrhée dysentériforme. Séro réaction au Flexner à 1/30. Reçoit en 5 fois 50 cent. cubes de sérum de Dopter.

Le 17 juillet 1907. Pas de tuberculose cliniquement décelable. *CT* à 2 h. et demie du soir.

Le 18 et le 19, rien. Le 20, réaction positive. Taches rouges indurées surélevées, s'étendant à 4 *millim.* de chaque côté de la piqûre. L'enfant sort légèrement amélioré et revient pour reprise de sa diarrhée. Pas de tuberculose pulmonaire cliniquement décelable.

Le 27 août, *TR* à 2 décimilligr., pas de réaction thermique.

OT négative.

Le 29 août, 2e *CT*. Le 30, très légère réaction s'étendant à 1 millim. et demi de chaque côté des scarifications. *Donc CT moins forte que la première*. Durée 4 jours.

L'enfant se cachectise, a des selles fréquentes, glaires et melena. Il sort le 5 octobre 1907. Quatre jours avant sa sortie, il présente un foyer de ramollissement au sommet droit : râles humides, craquements, crachats nummullaires, sans bacilles.

Obs. 20. Gaston G., âgé de 13 ans. Tuberculose pulmonaire.

CT positive, OT négative.

N'a jamais été malade. Tousse depuis un an mais ne s'est jamais alité et n'a jamais été arrêté. Il n'a pas maigri.

Examen à son arrivée, le 7 septembre 1907.

En arrière, matité au sommet gauche, submatité au sommet droit. Auscultation. Inspiration humée saccadée se faisant à droite en deux temps. A gauche, respiration légèrement soufflante avec explosion de gros râles humides qui augmentent en nombre et en intensité lorsqu'on fait tousser le malade. En avant même chose.

CT le 12 septembre 1907 à 3 h. trois quarts. Début de réaction le 13 à 9 heures, rougeur diffuse s'étendant à 2 millim. de chaque côté de la scarification. Le 14, à 10 heures, deux scarifications donnent des réactions d'un rouge vif s'étendant à 1 millim. de chaque côté des lèvres de la plaie avec léger décollement des bords et surélévation de la peau. La 3e scarification donne une réaction plus accentuée de 5 millim. de haut sur 4 millim. de large. Teinte rouge vif de coloration légèrement jambonnée. Induration. Tendance à la papulisation.

Le 17 octobre *OT* à 8 h. et demie du matin, résultat négatif.

Le 6 novembre on voit la CT se présenter encore sous forme d'une tache de teinte légèrement jaunâtre avec desquamation en larges squames. L'enfant sort ayant gagné 3 kilogr. pendant son séjour.

Obs. 21. Emile B., âgé de 14 ans et demi. Tuberculose pulmonaire avec nombreux bacilles dans les crachats.

CT positive.

Malade de la ville adressé par le Dr Nobécourt.

A. H. Mère morte de tuberculose.

A. P. Bonne santé habituelle. Depuis la fin de juillet 1907 tousse, maigrit, a de la fièvre et des sueurs nocturnes.

Examen clinique. — Enfant grand, maigre, à respiration nasale insuffisante. Aplatissement de la région sous-claviculaire à droite. A droite, dans la région sus-indiquée, submatité ; respiration rude, râles sous-crépitants. En arrière, du même côté, matité au sommet, respiration soufflante, râles sous-crépitants.

Foie : 16 centimètres. Pas de sucre, pas d'albumine.

CT le 30 août 07 à 10 h. un quart du matin.

Le 31 à 9 h. et demie *très violente réaction*. La scarification supérieure a donné une réaction de 2 cent. de haut sur 1 cent. de large œdème. Induration molle, peu de surélévation. A 1 cent. de l'extrémité inférieure de la scarification on note une petite vésicule en formation. La piqûre inféro-interne a dans le sens de la largeur 1 cent. et dans le sens de la hauteur 15 millim., avec léger *halo périphérique*. A la piqûre inféro-externe une zone de réaction ayant les mêmes dimensions et présentant des petites papules sur le fond.

Le malade ne peut être suivi, aussi on n'a pu constater si la réaction a pris l'aspect urticarien, ce qui est fort probable. L'enfant entre le 8 octobre au pavillon Pasteur. La cutiréaction faite 39 jours auparavant est encore visible. En effet, on note une zone arrondie de 3 centimètres de diamètre recouverte de squasmes épidermiques et répondant à chaque scarification.

L'enfant part à Bligny.

Obs. 22. Marcelle P., âgée de 14 ans et demi. Rétrécissement mitral avec tuberculose pulmonaire.

CT et TR positives, OT négative. Reviviscence de la CT.

Déformation scoliotique à concavité gauche de la colonne vertébrale. Déformation en carène du thorax en avant.

Poumons : Sommet gauche, en avant inspiration soufflante et submatité. En arrière, congestion des bases des deux côtés. Cœur : augmente de volume, la pointe bat dans le 6e espace. Rétrécissement mitral, souffle présystolique, roulement diastolique, frémissement *cataire*. Par instants dédoublement du 2e bruit.

OT le 18 octobre 07 à 8 heures, résultat négatif.

CT le 18 à 4 heures ; le 19 résultat positif. Zone rose indurée surélevée à teinte légèrement ecchymotique s'étendant à 2 millim. de chaque côté des lèvres de la scarification.

TR à 2 décimilligr. le 13 *novembre à 9 heures, soit 25 jours après* la CT qui *d'ailleurs était complètement disparue* et n'existait plus que sous forme de petites cicatrices blanchâtres.

La TR est positive le 14 à 6 heures du soir t° 39,2.

Le 15 au matin on constate une *réviviscence complète de la TC qui apparait à nouveau sous forme d'un placard* rouge très légèrement surelevé de près d'un centimètre de diamètre.

Obs. 23 Madeleine C., âgée de 16 ans, née le 6 septembre 1891. Tuberculose pulmonaire et laryngée.

CT positive.

A. H. Père éthylique bien portant. Mère morte il y a 4 ans de tuberculose pulmonaire. A deux sœurs, 11 et 12 ans, un frère, 13 ans. Tous trois toussent.

A. P. Réglée à 13 ans. Depuis deux ans tousse, crache, a maigri beaucoup. Sueurs abondantes au réveil. Depuis deux ans également a souvent mal à la gorge. Souffre en toussant depuis l'an dernier. Un peu de douleur en parlant. Pas de douleur à la déglutition.

Hémoptisie en mai dernier.

Examen clinique. — Note du Dr Béal. Bacillose laryngée à la 2e période, bandes ventriculaires épaissies, ulcérées,

rouges. Epaississement des arythénoïdes. Epiglotte saine.

Poumons : Sommet droit en avant et en arrière matité ; à l'auscultation respiration soufflante aux deux temps avec gros râles humides. A gauche, submatité et inspiration humée se faisant en deux temps. Quelques craquements et frottements.

Pas de bacilles dans les crachats.

CT le 15 juillet 1907 à 3 h. un quart.

Le 16 à 9 heures résultat positif, zone rose avec surélévation et induration grandeur d'une pièce de 0 fr. 50 cent. L'une des trois scarifications a donné lieu à une réaction en forme de λ ; à 10 heures le même jour même état qu'à 9 heures, mais à 3 heures toutes les zones se sont étendues de 1 à 2 millim.

Le 17 juillet les réactions sont plus intenses encore. Deux ont la dimension d'une pièce de 1 franc, l'autre a une forme irrégulièrement ovalaire de 2 cent. et demi de haut sur 1 cent. et demi de large, bien que la scarification ait une dimension maxima de 2 mm. Il y a surélévation et induration plus fortes, formation de petites papulettes sur le champ de la réaction et enfin autour de ces scarifications *un halo de 3 à 4 millim.* Biopsie de l'une des réactions. Le 23 juillet, coloration rose saumon des zones de réaction. Disparition du halo.

Le 24, on peut considérer la réaction comme terminée, légère zone rose autour des scarifications.

Obs. 24. Joseph O., âgé de 18 ans, né le 23 avril 1889. Tuberculose pulmonaire et insuffisance mitrale.

CT positive, OT négative. Décédé, autopsie.

Venant de Saint-Pol avec le diagnostic : bronchite tuberculeuse et hémoptysies répétées.

Poumons : En avant, submatité à droite avec diminution du murmure vésiculaire. En arrière, diminution de la sonorité au sommet avec, aux deux bases, râles fins.

Cœur : souffle systolique à la pointe se propageant vers l'aisselle.

CT le 26 novembre 1907 à 11 h. et demie. Le 27, résultat douteux. Le 28, résultat positif, surélévation, induration. Réaction s'étendant à 2 millim. de chaque côté de la scarification.

Le 30, augmentation d'un millimètre, formation de petites papulettes.

OT le 2 décembre 1907, à 8 h. et demie, résultat négatif.

Décédé le 4 janvier, à 1 heure du matin, après une crise d'asystolie.

Autopsie : pleurésie gauche, gros épanchement. Foie légèrement cirrhotique. A la partie moyenne du poumon, des deux côtés, 4 ou 5 tubercules caséifiés : l'un était crétacé.

Obs. 25. Paul L., âgé de 18 ans, né le 2 avril 1889. Tuberculose pulmonaire. Bacilles dans les crachats.

CT positive, OT négative. TR deux fois négative.

Enfant renvoyé de l'école d'Alembert pour bacillose. Robuste, bien constitué. A maigri un peu dans les temps derniers.

Poumons : Submatité légère aux deux sommets en arrière. Matité à la partie moyenne du poumon gauche en arrière. En ce point correspond un foyer de râles humides.

OT le 17 septembre 1907, à 8 h. et demie, résultat négatif.

CT le 17 septembre, à 4 h. et demie, résultat positif le lendemain sous forme d'une zone rose indurée, surélevée, s'étendant à 3 millim. en dehors des lèvres de la scarification.

1re *TR* à 2 décimilligr., *résultat négatif.*

L'enfant prend, pendant 8 jours, chaque jour 1 gramme d'iodure de potassium, ce qui n'influe pas sur son foyer.

2e *TR* à 4 décimilligr., le 25 septembre, *résultat négatif.*

En présence de ces deux résultats négatifs de la TR et de l'absence d'influence de la solution d'iodure sur le foyer, on pense à une simple dilatation bronchique et on se dispose à renvoyer le pupille dans son école quand on fait un examen de crachats au moment du départ. Les crachats contiennent une quantité énorme de bacilles et le retour est ajourné (30 septembre).

Obs. 26. Fernand G., âgé de 18 ans et demi. Tuberculose pulmonaire avec bacilles dans les crachats.

CT et OT positives.

Examen du poumon. — En arrière, matité au sommet droit, submatité à gauche. En avant, idem. Auscultation ; en arrière, respiration soufflante, à droite, avec quelques râles. Inspiration rude à gauche. En avant et à droite râles sous-crépitants plus nombreux. Bacilles dans les crachats.

CT le 12 septembre 1907, à 3 h. et demie.

Le 13, à 9 heures, au niveau d'une scarification, rougeur s'étendant à 2 millim. de chaque côté des lèvres de la plaie. Les autres n'ont rien.

Le 14, résultat plus net. Une scarification a donné une réaction positive *urticarienne* de 1 centimètre de haut sur 5 millim. de large avec surélévation et induration. Une autre, une réaction de 7 millim. sur 3 millim. Teinte rose, induration légère. La troisième, une réaction de coloration rouge vif, induration forte. Dimension 7 millim. sur 4 millim.

Le 15 et le 16, même état.

Le 17, début de desquamation.

OT le 17 qui est positive le lendemain.

Le 1er octobre la CT est encore visible.

Obs. 27. André V., âgé de 20 ans, né le 11 mai 1887. Tuberculose avérée. Bacilles dans les crachats.

CT et OT positives.

Malade depuis deux ans. Tousse. Jamais d'hémoptysie.

Poumon droit : En arrière, matité, râles humides, pectoriloquie aphone, retentissement de la toux. En avant, quelques râles crépitants.

Poumon gauche : En arrière, submatité, râles humides. Inspiration humée prolongée, pectoriloquie aphone.

En avant, même chose.

Crachats nummullaires contenant de nombreux bacilles.

CT le 27 juillet 1907, à 11 h. un quart.

Le 28, à 10 heures, *CT*, résultat positif très net. Tache rosée s'étendant à 4 millim. de chaque côté de la scarification. Induration et surélévation de la zone.

Le 29. Teinte rouge. Grandeur, 0 fr. 50.

Le 30, rougeur presque totalement disparue. Au palper il reste une légère nodulation au niveau des piqûres.

OT positive légère.

Obs. 28. Suzanne A., âgée de 1 an, née le 11 décembre 1906. Broncho-pneumonie tuberculeuse. Bacilles dans les crachats.

CT positive, OT négative.

L'enfant était déjà venue au Pavillon Pasteur en août ou septembre pour broncho-pneumonie. Un lavage d'estomac avait permis de constater la présence de bacilles dans les crachats.

Examen. — Fièvre à grandes oscillations autour de 38,5.

Râles humides dans toute la poitrine avec souffle au sommet. Amaigrissement, pâleur des téguments, ganglions durs et petits au niveau des aînes et des aisselles.

CT le 11 décembre 1907, à 9 heures. Début à 4 heures, légère rougeur.

Le 12, *aspect urticarien*. Zone de réaction de 4 millim. de diamètre, entourée d'un petit liseré rouge de 2 millim. Induration forte.

OT le 11, à 9 heures, résultat négatif.

Obs. 29. Suzanne M., âgée de 1 an et demi, née le 25 avril 1906. Diarrhée infantile d'abord, tuberculose ensuite.

CT négative d'abord, positive ensuite.

OT négative.

Enfant entrée le 20 juillet 1907 pour diarrhée infantile.

1re *CT* le 14 août 1907 à 3 h. et demie, résultat négatif.

L'enfant sort de l'infirmerie et y revient à plusieurs reprises pour la même affection.

2e *CT* le 17 septembre à 4 h. et demie. L'enfant est revue. Etat cachectique, maigreur intense par suite de sa diarrhée infantile.

Examen. — Râles crépitants aux deux sommets. Lavage d'estomac, pas de bacilles dans les crachats.

Le 18 septembre réaction positive *sous forme urticarienne.*

Cette réaction urticarienne s'étend à 5 millim. de chaque côté des lèvres de la plaie. Elle est entourée d'un très mince filet rosé. Induration, surélévation.

Le 19 et le 20, même état.

Le 22, disparition du liseré rosé. Début de desquamation.

OT le 18 octobre à 8 heures, résultat négatif.

3e *CT* le 28 novembre à 1 h. et demie. Le 24 résultat positif. La zone de réaction s'étend à 4 millim. de chaque côté de la scarification. Pas d'aspect urticarien. L'enfant présente une température de 40° avec râles crépitants et respiration soufflante aux deux sommets.

Obs. 30. Pierre-André P., âgé de 1 an et 9 mois, né le 9 novembre 1905.

Adénopathie trachéobronchique. Micropolyadémie. Diarrhée infantile puis tuberculose pulmonaire.

CT négative d'abord, positive ensuite. — OT positive d'abord, négative ensuite.

Enfant pâle, chétif, entré le 23 août 1907 pour diarrhée infantile. Ganglions cervicaux et inguinaux durs, petits, roulant sous le doigt. Pas de ganglions axillaires.

Submatité à la racine des bronches, à gauche et en arrière. A droite, rien. Auscultation : respiration soufflante au point correspondant à la matité. Un peu au-dessous de ce souffle on trouve un foyer de râles crépitants sur une étendue d'une pièce de 5 francs. Lavage d'estomac : pas de bacilles.

OT le 26 août à 8 h. trois quarts. Début à 4 h. et demie.

1re *CT* le 26 août à 5 heures du soir : résultat négatif.

L'enfant passe aux sevrés et revient encore à l'infirmerie pour gastro-entérite.

2e *CT* le 23 septembre, résultat négatif.

Nouveau séjour de l'enfant au 2 novembre.

Le 2 novembre, on fait 2e *OT*, résultat négatif, et une 3e *CT* qui est positive, le 3 novembre résultat positif léger, zone rose surélevée, s'étendant à 2 millim. de chaque côté du trait de scarification.

Même état pulmonaire.

Mais l'enfant prend la rougeole. Il revient de nouveau le 9 décembre maigre, pâle, considérablement amaigri.

Aux poumons, souffle tubaire aux deux bases avec crépitants humides et gargouillement.

4e *CT* le 9 décembre, résultat positif le 10, *aspect urticarien*.

5e *CT* le 23 décembre, résultat positif le 24, *aspect urticarien*.

Obs. 31. Marie M., âgée de 9 ans, née le 17 septembre 1898.

Tuberculose pulmonaire avec bacilles dans les crachats.

Coqueluche et vulvite.

CT négative d'abord, positive ensuite ; OT et TR positives.

Examen clinique. — Enfant pâle, chétive, maigre.

Poumons : Percussion submatité aux deux sommets en arrière plus prononcée à gauche qu'à droite ; mais à droite elle est plus étendue et descend à peu près jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate.

Auscultation : à droite et à gauche en arrière, râles crépitants humides occupant à gauche à peu près tout le tiers supérieur du poumon. En avant, râles crépitants à gauche.

Crachats mucopurulents contenant une grande quantité de bacilles.

CT le 16 juillet 1907 à 3 heures. Résultat négatif.

L'enfant rentre en division puis revient dans la salle des coqueluches-vulvites.

2e *CT* le 8 août. Résultat positif. Rougeur sur une étendue de

1 millim. de chaque côté des lèvres de la plaie. Petite induration, légère surélévation.

Le 26 août les résultats de la CT sont encore nettement visibles.

Ce même jour on pratique à une demi-heure d'intervalle *l'OT et la TR* à 2 décimilligr. A 4 heures, début de résultat positif de l'OT, résultat nettement positif le 27 et terminé le 27 au soir.

La *TR* a donné un résultat positif de 38°5 le 26 à 9 heures du soir.

Le 29, on pense à une réviviscence de la OT : œdème des paupières, injection intense de la caroncule et de la sclérotique. Purulence intense. Photophobie. Il s'agit d'une conjonctivite blennorrhagique : gonocoques dans le pus des yeux et de la vulvite. Rien à l'œil gauche qui n'avait pas reçu de tuberculine. Durée 6 jours. Pansements humides et lavages.

Obs. 32. Hyppolite D., âgé de 20 ans, né le 18 avril 1887. Tuberculeux cavitaire.

CT et OT positives.

A. P. Bronchite à 5 ans. Pleurésie à 17 ans. Hémoptysies en juin et juillet 1907. Douleurs abdominales depuis 1 an.

Poumons : à droite en avant submatité, râles humides. A gauche en arrière matité. Retentissement de la voix et de la toux. Pectoriloquie aphone. Gargouillement.

Crachats nummullaires.

CT le 9 novembre 1907 à 3 heures du soir. Résultat positif léger le lendemain.

OT le 13 novembre à 9 h. un quart. Résultat positif léger le même jour à 6 heures. Positif moyen le lendemain.

Le 30 novembre l'OT est complètement disparue. Il n'en reste plus traces.

Obs. 33. Georgette L., âgée de 21 ans. Tuberculose pulmonaire et péritonéale à forme ulcéreuse.

CT positive. OT négative.

Signes cavitaires au sommet droit. Crachats nummullaires Cachexie, amaigrissement.

Ventre ballonné, à circulation collatérale très développée. On sent un gâteau empâté dans le flanc droit au niveau du cœcum, s'étendant en avant de la vessie.

CT le 13 octobre 1907 à 10 h. et demie.

Le 14, très légère rougeur autour des piqûres.

Le 15, légère augmentation de la rougeur qui s'étend à 2 millim. de chaque côté des scarifications. Coloration rose tendre sans induration ni surélévation.

Le 16, même état mais induration très nette.

OT le 18 à 8 h. et demie, résultat négatif.

Le 26 octobre début de desquamation de la CT.

L'état de la malade n'a pas permis la TR.

Obs. 34. Elisa B., âgée de 26 ans. Tuberculose pulmonaire à marche rapide chez une nourrice.

CT et OT positives, puis CT positive et OT négative.

A. P. Accouchement le 6 juin 1907. Tousse depuis le début de juillet. Jamais d'hémoptysie.

Entre à l'Infirmerie pour dyspnée et élévation de t° 39,5.

Examen clinique. — Poumon droit, en arrière submatité, râles humides dans toute la hauteur. Souffle expiratoire au sommet. Léger retentissement de la toux. En avant râles humides et souffle.

Poumon gauche, en arrière légère submatité, quelques râles humides. En avant submatité au sommet, râles humides que l'on entend jusqu'à la hauteur de la 4e côte. Crachats numullaires avec bacilles.

1re *CT* le 23 août 1907 à 5 heures du soir.

Le 24, résultat positif. Zone rose étendue de 4 millim. de chaque côté des lèvres de la plaie. A ce jour pas d'induration.

Le 25, à 9 heures, la réaction semble disparaître. Autour des

lèvres de la plaie la zone ne s'étend plus qu'à 1 millim. et demi de chaque côté mais l'induration est apparue très nette.

Le 26, la zone de réaction a pris une teinte jambonnée très effacée.

Une 1re *OT* avait été pratiquée le 23 août 1907 à 8 h. un quart du matin, résultat positif intense le soir à 4 h. et demie. Rougeur très vive de la conjonctive et purulence assez abondante. Durée 2 jours.

Du 24 août au 12 septembre, l'état de la malade s'aggrave. Sueurs profuses, anorexie, insomnie, dyspnée intense, cyanos des lèvres, des pommettes, des ongles, crises de délire nocturne et diurne, grandes oscillations de t° entre 39 et 40°5 atteignant une fois 41°5.

2e *CT* le 12 septembre, c'est-à-dire 20 *jours après la première*. Elle est pratiquée à 3 h. et demie.

Le 13, très légère réaction le matin. Zone claire s'étendant à 2 millim. environ de chaque côté des lèvres de la plaie. Légère induration.

Le 14, même état, et le 15 la réaction est terminée. On ne voit plus qu'une très minime coloration légèrement violacée entourant la croutelle de cicatrice. Cette zone a à peu près l'épaisseur de l'ongle.

Le 17 août, à 8 h. et demie, 2e *OT*, c'est-à-dire 25 *jours après la première*. Elle reste négative.

Décès le 28 septembre 1907.

Pas d'autopsie.

Obs. 35. Marcelle L., âgée de 2 ans et 4 mois, née le 6 août 1905. Bronchopneumonie. Déviation de la colonne vertébrale. Tuberculose probable.

CT positive. OT négative.

Enfant amaigrie, cachectique.

CT le 26 novembre 1907 à 11 h. un quart ; douteux le 27, résultat positif léger le 28.

OT le 11 décembre à 8 h. un quart, résultat négatif.

Décès le 17, à 6 h. trois quarts du soir.

Pas d'autopsie.

Obs. 36. Louis D., âgé de 2 ans 10 mois, né le 6 janvier 1905. Gastro entérite et bronchite chez un enfant suspect de bacillose.

CT, OT, TR positives.

L'enfant avait déjà été soigné dans le service en juin 1907, pour diarrhée verte.

Il revient pour la même affection le 26 novembre 1907 ; mais son état général est mauvais. Enfant pâle, amaigri, présentant de la bronchite des deux sommets, quelques petits ganglions. Son aspect fait suspecter la bacillose.

1re *CT* le 26 novembre à 11 h. un quart. Le 27, autour des scarifications ponctiformes s'est développée une zone de réaction rouge surélevée indurée, s'étendant à 3 millim. de chaque côté de la piqûre. Tendance à l'aspect urticarien.

Le 28, *aspect urticarien.*

Le 29, 2e *CT et TR* à 2 décimilligr. faites au même moment à 9 heures.

TR positive 3 heures après, t° 38°9 à midi.

Le 30, résultat positif de la 2e CT sous l'*aspect urticarien.*

OT le 30, à 8 h. et demie, résultat positif à 4 heures.

Le 8 décembre, aspect jambonné de la réaction. Légère desquamation.

Obs. 37. Roger L., âgé de 1 an et demi, né le 1er février 1906. Tuberculose pulmonaire probable.

CT et TR positives, OT négative.

Examen le 17 octobre 07. — Submatité au sommet droit en arrière. Râles et bronchites des deux côtés, surtout à droite. L'enfant étant pâle, maigre, ayant des longs cils, on pense à la tuberculose à cause de l'aspect général.

CT le 18 octobre 07 à 8 heures, résultat négatif.

1re *CT* le 26 à 4 heures du soir. Le 27, à 9 heures, résultat positif intense *urticarien avec léger halo.*

TR à 2 décimilligr., le 28 octobre à 9 heures du matin, résultat positif le 29 à 3 heures du soir, t° 39,5.

2e *CT* le 30 octobre à 3 h. et demie. Résultat positif léger le 31. Zone rose indurée surélevée s'étendant à 1 millim. et demi de chaque côté des lèvres de la scarification.

Obs. 38. Raymond Sh., âgé de 1 an 7 mois, né le 23 avril 1906. Diarrhée verte chez un enfant suspect de bacillose.

CT, OT, TR positives.

Enfant pâle, chétif, amaigri, sans tuberculose décelable mais suspect par son état général. Pas de ganglions inguinaux ni axillaires. Pas de rachitisme.

CT le 8 novembre 07 à 10 heures du matin.

Le 9, résultat *positif urticarien* de 1 cent. sur 1 cent. avec surélévation et induration.

1re *OT* le 6 novembre à 8 heures du matin, résultat négatif.

TR à 2 décimilligr., le 13 novembre à 9 heures. Résultat positif, ascension progressive de la t° qui atteint 40°2 le 14 à midi. Placard induré rouge au niveau du point où a porté l'injection.

2e *OT* le 13 novembre à 9 heures en même temps que la TR. Douteuse à 6 heures. Purulence sans rougeur.

Le 14, résultat positif de l'OT. Rougeur de la caroncule.

Obs. 39. Georges C., âgé de 2 ans, né le 16 décembre 1905. Gastro-entérite, diarrhée verte; suspect de tuberculose.

CT et TR positives — OT négative.

En plus de sa diarrhée verte l'enfant présente quelques râles de bronchite et un aspect chétif, pâle, amaigri, faisant soupçonner la tuberculose possible.

1re *CT* le 7 décembre 07 à 9 heures.

Le 8, résultat positif, zone rouge indurée, surélevée, s'étendant à 3 millim. de chaque côté de la scarification.

Le 9 décembre, au même moment, à 9 heures, on pratique 2e *CT*, *OT et TR* à 2 décimilligr.

Le 10, *TR* positive à t° 38,5.

2e *CT positive comme la première fois.*

OT négative.

Obs. 40. Gilberte G., âgée de 2 ans et demie, née le 2 février 1905. Bronchite suspecte, anémie légère.

CT et TR positives. OT négative.

Anémie légère, léger amaigrissement, râles de bronchite aux deux sommets avec submatité. Pas de bacilles dans les crachats.

1re *CT* le 21 août 1907 à 3 h. trois quarts.

Le 22, résultat positif léger. Réaction s'étendant à 1 millim· et demi de chaque côté de la scarification. Zone rose indurée, surélevée.

OT le 23 août à 9 heures, résultat négatif.

TR à 2 décimilligr. le 27 à 9 heures du matin. Résultat positif le même jour, t° 39,8 à 11 heures du soir.

La CT qui se présentait sous forme de zone rouge un peu éteinte, coloration teinte cuivrée, n'a pas été influencée par la TR.

2e *CT* le 29 août à 8 heures et demie, soit deux jours après la TR.

Le 30, résultat positif, zone rose s'étendant à 2 millimètres et demi de chaque côté du trait de scarification. Surélévation, induration.

Obs. 41. Etienne M., âgé de 2 ans et demi né le 35 mars 1905.

Bronchite bacillaire probable.

CT, OT, TR positives.

Enfant maigre, chétif, pâle, téguments flasques. Pas de ganglions axillaires ni inguinaux.

Poumons : bronchite des deux sommets.

CT le 25 octobre 1907 à 4 heures.

Le 27, résultat positif faible.

TR à 2 décimilligr. le 30 octobre à 9 heures et demie. Résultat positif le même jour à 3 h. et demie, t° 39,7.

OT le 2 novembre à 9 heures, résultat positif, faible début le même jour à 3 h. et demie.

Obs. 42. Andrée P., âgée de 7 ans, née le 9 octobre 1900. Entérite chronique. Tuberculose probable au début.

CT positive. OT et TR négatives.

Submatité aux deux sommets avec diminution de la respiration chez une enfant chétive.

CT le 27 août 1907.

Le 28, résultat positif léger. Terminée le 30 août.

La *TR* à 2 décimilligr. et l'*OT* sont restées négatives.

Obs. 43. Louise C., âgée de 6 ans et demi. Bronchite généralisée. Tuberculose douteuse.

CT et TR positives. OT négative.

Enfant entrée au Pavillon Pasteur pour bronchite généralisée.

Enfant maigre, pâle ; il reste après la bronchite un peu d'inspiration rude aux deux sommets avec expiration prolongée.

1re *CT* le 11 décembre 1907 à 9 heures.

Le 12, résultat positif léger, zone rose s'étendant à 1 millim. et demi de chaque côté de la scarification. Surélevation, induration.

Le 14, même état, induration plus nette.

OT le 11, résultat négatif.

2e *CT et TR* à 2 décimilligr. faites au même moment le 14 décembre à 11 heures. TR résultat positif le même jour à 11 heures du soir, t° 38°,2.

Le 15 *CT résultat positif comme la première fois.*

On ne voit plus le 30 décembre les traces de la CT.

Obs. 44. Emile M., âgé de 6 ans et demi, né le 31 janvier 1901 Douteux pulmonaire. Gale.

CT et TR positives. OT négative.

Amaigrissement, expiration saccadée et inspiration humée au sommet gauche.

CT, OT et TR à 2 décimilligr. faites toutes trois le même jour à la même heure, le 18 novembre 1907 à 9 heures du matin.

OT négative.

CT résultat positif; zone rose surélevée, indurée s'étendant à 2 millim. de chaque côté des lèvres de la scarification.

TR positive, t° réactionnelle 38°,5.

Obs. 45. Charles M., âgé de 7 ans. Syphilitique héréditaire avec bronchite suspecte des deux sommets.

CT et TR positives. Reviviscence de la CT.

CT le 5 août 1907 à 4 h. et demie.

Le 6, les trois piqûres ont été ponctiformes. Réaction positive sous forme d'une tache arrondie surélevée indurée, de coloration rose foncé, de 1 centimètre de diamètre.

Le 9, même état, teinte jambonnée. Induration plus nette.

TR à 2 décimilligr. le 13 août à 9 h. et demie du matin. Réaction positive; t° à 10 du soir 39,2 et le 14 à 7 heures et à 10 heures du soir 39,2. Le 14 août, à 9 heures du matin, *reviviscence de la CT* sous l'influence de la *TR*. La réaction se présente sous forme d'une zone rouge vif de 16 millim. de diamètre, entourée d'un halo périphérique violacé. Induration et surélévation de la peau plus considérables.

Obs. 46. Paul M., né le 8 mars 1899, âgé de 8 ans. Rachitisme et myxœdème. Tuberculose douteuse.

CT positive.

Légère diminution de la respiration au sommet gauche avec submatité. Considéré par M. Variot comme myxœdémateux et rachitique.

CT le 6 décembre 1907 à 9 h. et demie.

Résultat positif le 7 à 8 h. et demie du matin, zone rouge s'étendant à 4 millim. de chaque côté du trait de scarification.

Induration, surélévation, tendance à la forme urticarienne.

Le même jour, à 9 h. et demie, soit une heure après, on constate la formation d'un halo périphérique de 5 millim. de largeur. A 10 heures du matin, le même jour, *apparition de l'aspect urticarien*.

Le 30 décembre on voit encore les traces de la cutiréaction positive sous forme d'une tache brunâtre avec desquamation en larges squames.

Obs. 47. Joachim O., né le 25 novembre 1897, âgé de 10 ans. Congestion pleuro-pulmonaire. Tuberculose douteuse.

OT, CT et TR positives intenses. Reviviscence de l'OT.

Enfant renvoyé de Thiais, avec la note suivante : Congestion pleuro-pulmonaire, râles congestifs dans toute la poitrine. A son arrivée l'enfant avait une t° de 40°, en 4 jours la température tombe en lysis.

OT le 26 septembre 1907 à 10 heures du matin. Résultat positif intense à 4 heures, soit 6 heures après.

A l'examen du poumon on constate : submatité aux deux sommets en arrière dans la fosse sus-épineuse. Léger retentissement vocal, légère diminution du murmure vésiculaire au sommet. Pas de ganglions à la nuque ni aux aisselles ni aux aines.

Le 27 à, 9 h. trois quarts, le résultat de l'OT est plus intense encore que la veille œdème considérable des paupières (supérieure et inférieure). Cet œdème descend presque jusqu'au niveau de l'aile du nez à droite, côté de l'œil qui a reçu la goutte de tuberline. Sur le front il remonte à 1 cent. et demi au-dessus du sourcil. La conjonctive, la caroncule sont d'un rouge vif. La sclérotique est sillonnée par une vascularisation intense. Ses vaisseaux sont turgescents, formant relief. A l'union de la sclérotique et de la cornée, à la partie interne et inférieure de cette dernière, on voit très nettement 3 ou 4 petites phlyctènes un peu plus petites qu'un petit grain de millet. Ecoulement purulent intense. Photophobie, blepharospasme. Traitement : pansements humides.

CT le 27 septembre 1907 à 9 h. trois quarts. A 8 h. et demie, soit six *heures après* la scarification, *on voit que la CT sera positive.* Légère rougeur autour des piqûres avec œdème et boursoufflement des lèvres de la plaie.

Le 28 au matin, l'oculo est aussi intense. L'œdème des paupières a diminué mais il reste de l'œdème des bords. L'injection da la sclérotique est peut-être encore plus forte que la veille. L'écoulement purulent est considérable, simulant celui de la conjonctive purulente blennorrhagique intense. Photophobie et blépharospasme. Traitement, pansements humides, lavage à l'eau salée. Atropine dans l'œil.

La CT est positive et se montre sous forme d'un placard rouge induré surélevé avec quelques papulettes. Dimensions : 1 cent. de large sur 15 millim. de haut.

Le 1er octobre, légère amélioration de l'OT. Diminution de la photophobie, de la purulence et du blépharospasme ; mais l'injection de la sclérotique subsiste aussi intense. Traitement : de nouveau atropine dans l'œil, lavages et pansements.

Le 2 octobre, disparition de la photophobie, de la purulence, du blépharospasme. L'injection de la sclérotique est moins intense. Les phlyctènes signalées le long des bords de la cornée sont flétries.

Le 4 octobre. Début de desquamation au niveau de la cutiréaction. Cette desquamation commence au niveau du trait de scarification.

TR le 6 octobre, *soit* 10 *jours après la CT* (2 décimilligr.). Injection faite à 11 heures. Résultat positif le même jour à 3 heures, t° 49°,2, à 6 heures idem. A 3 heures également on constate une *reviviscence intense de l'oculo-réaction* qui avait complètement disparu et qui se présente avec les mêmes caractères d'intensité que précédemment, les phlyctènes en moins. Rien au niveau de la CT.

Le 7, à 10 heures, t° 39°,2 érythème morbilliforme sur les jambes, le tronc et les bras, érythème qui disparaît le soir.

A 10 heures, on note une *reviviscence de la cutiréaction* qui s'est légèrement étendue et s'est entourée d'un halo périphérique de 2 ou 3 millim. L'oculo réaction est bien moins forte que la veille.

Le 8 octobre, disparition complète de l'OT. Disparition du halo périphérique de la CT. Teinte jambonnée de la réaction, plissement de l'épiderme à son niveau, commencement de desquamation en larges plaques.

Obs. 48. Henri M, âgé de 12 ans. Végétations adénoïdes. Bronchite des sommets.

CT, OT, TR positives.

Examen clinique. — *Poumons :* à droite, en arrière au sommet, matité ; à gauche, submatité. En avant, rien à la percussion. Auscultation : à droite, en arrière, inspiration saccadée se faisant en deux temps. Râles de bronchite sur une étendue de 3 ou 4 travers de doigt. Au niveau du hile respiration soufflante. A gauche, en arrière, diminution considérable du murmure vésiculaire également sur une étendue de 3 à 4 travers de doigt. En avant, respiration semblable.

1re *CT* le 5 août 1907 à 4 h. et demie.

Le 6, à 9 heures, réaction positive. Une scarification a donné lieu à une zone de réaction indurée, rose, s'étendant de 2 à 3 millim. de chaque côté de la plaie. Les autres scarifications sont entourées d'une zone rose s'étendant seulement à 1 millim. et demi de chaque côté des lèvres de la plaie.

Le 9, même état.

Le 12, *TR* à 2 décimilligr. à 9 h. et demie du matin. Le 13, à 1 heure du matin, t° 39.

Le 14, teinte jambonnée de la CT, puis OT positive intense nécessitant l'emploi de pansements humides pendant 4 jours.

2e *CT*, le 26 août, à 5 heures du soir, c'est-à-dire 14 *jours après la TR.*

Le 27, à 8 h. et demie cutiréaction positive plus intense que la

première, puisque cette seconde CT est d'*apparence urticarienne* avec halo périphérique de quelques millimètres.

Le soir, l'enfant fait une élévation de température 39,2.

Le 28, même aspect.

Le 29, coloration jambonnée.

Examen clinique à la sortie. — L'enfant a été opéré des végétations le 14 août. Le 30 août on note : à droite, en arrière, disparition des râles de bronchite. Au niveau du hile, respiration soufflante. A gauche, en arrière, respiration rude. A la percussion mêmes résultats que précédemment.

Obs. 49. Charles C., âgé de 12 ans, né le 5 février 1895. Tuberculose douteuse.

CT positive — OT négative.

Enfant venu du service de chirurgie. Température élevée à grandes oscillations sans qu'on puisse trouver nettement la cause. Légère matité au sommet gauche.

CT, le 29 novembre 1907, à 9 heures, résultat positif le 30 à 9 heures du matin. Réaction rouge à teinte légèrement ecchymotique, induration, surélévation, extension de la zone à 1 millim. et demi de chaque côté de la scarification.

OT, le 2 décembre, négative.

Le 4 décembre, la réaction s'est étendue à 3 millim. de chaque côté.

Obs. 50. Henri H., âgé de 12 ans et demi, né le 9 avril 1895. Tuberculose pulmonaire douteuse.

CT positive forte. OT et TR négatives.

Diminution légère de la respiration aux deux sommets.

CT le 12 septembre 1907 à 3 h. et demie.

Le 13, à 9 heures du matin très légère réaction, à peine un peu de rougeur.

Le 14, au matin, résultat positif. Au niveau d'une scarification la réaction se présente sous l'aspect suivant : à la partie supé-

rieure de la scarification, petite papule surélevée, indurée, de coloration rouge, puis au-dessous un intervalle de peau saine au-dessous duquel, sans qu'il y ait eu scarification à ce niveau, on voit une réaction de 8 millim. de haut sur 3 millim. de large avec à sa partie inférieure une portion d'*aspect urticarien*. En dehors, à la partie moyenne, un lobe aberrant de même aspect. Une autre réaction présente un aspect analogue. On note une réaction de 5 millim. de diamètre portant une ou deux petites papules. Cette réaction n'a aucun rapport avec la scarification située à 2 millim. des bords de la réaction.

OT le 17, à 8 h. et demie du matin, et *TR* à 9 heures (2 décimilligr.). Ces deux épreuves ont donné un résultat négatif.

Obs. 51. Berthe M., âgée de 13 ans, née le 26 juin 1894. Chorée. Insuffisance mitrale d'origine rhumatismale. Bronchite suspecte.

CT et TR positives.

Entrée le 1er juin 1907 pour chorée. Rhumatisme articulaire trois mois auparavant. Souffle mitral.

T° normale du 1er juin au 13 juillet. Le 13 juillet, saute de 37,5 à 39,5. On croit à une angine. Pendant trois jours léger mal de gorge. Oscillations de t° autour de 39°.

Le 16 juillet, t° 38, puis reprise de grandes oscillations thermiques.

Poumons : en arrière, submatité à droite et à gauche ; en avant, à gauche, léger strodisme.

Auscultation : en arrière, à gauche, respiration humée, quelques râles de bronchite ; à droite, respiration légèrement soufflante. En avant, à gauche, respiration humée, inspiration saccadée ; à droite, diminution légère du murmure vésiculaire.

CT, le 26 juillet à 4 h. et demie du soir.

Le 27, résultat positif très net. Zone rouge vif, forme arrondie de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 20 centimes. Surélévation. *Aspect urticarien.* Quelques petites papules.

Le 28. Biopsie d'une des cutiréactions.

Le 29, les cutiréactions non biopsiées ont une teinte rouge vif. Induration plus accentuée.

Le 14 août, la température étant revenue à la normale depuis quelques jours on fait la *TR* à 2 décimilligr. Réaction thermique positive, t° 39,8 le même jour. L'OT n'a pas été faite, l'enfant ayant une taie sur l'un des deux yeux.

La malade est envoyée dans le Puy-de-Dôme.

Obs. 52. Louis J., âgé de 13 ans, né le 1er mai 1894. Tuberculose probable chez un ancien pleurétique.

CT, OT, TR positives.

A. P. Pleurésie en juin 1907, du côté droit, dit l'enfant, probablement ?? Puis coqueluche qui dure 5 mois. L'enfant est soigné à l'hopital des Enfants Malades.

Examen. — A gauche, dans toute la hauteur, diminution des vibrations. Percussion, matité aux deux sommets, surtout à droite.

Diminution de la respiration du côté gauche. Au sommet droit, respiration soufflante. Facies adénoïdien.

1re *CT*, le 29 novembre 1907, à 3 heures. Le 30, zone rouge s'étendant à 4 millim. de chaque côté du trait de scarification. Induration, surélévation.

OT et 2e *CT et TR* à 2 décimilligr. le 2 décembre en même temps à 8 h. et demie.

Le 2 décembre *l'OT* est positive, début à 4 heures.

La *TR* est positive, t° 38,7.

La 2e *CT* se présente le 3 décembre absolument comme la première.

Obs. 53. Robert R., âgé de 15 ans, né le 6 juillet 1892. Ancienne pleurésie. Submatité au sommet gauche. Ronchus au sommet droit.

CT positive.

A. P. A 13 ans pleurésie droite. Malade pendant deux mois. N'a pas été ponctionné. Ne tousse pas.

Examen clinique. — Pas de trace de la pleurésie droite. Submatité légère au sommet gauche, en arrière. Quelques rares ronchus à droite, en arrière.

CT le 12 juillet 1907, 5 h. trois quarts du soir, faite sur la peau de l'abdomen.

Le 13 juillet, à 6 heures du soir, autour de la scarification s'étendant à 3 ou 4 millim. de chaque côté, zone rose tendre d'apparence congestive, légèrement surélevée; aucune papulation. Depuis 2 ou 3 heures quelques picotements.

Le 14 juillet, à 11 heures du matin, même apparence. La zone de réaction est un peu plus saillante. Pas de papulation.

A 6 heures, léger affaissement.

Le 15 juillet, à 9 heures, mêmes dimensions, mais coloration un peu moindre.

Le 16 et le 17 : même état.

Le 18 juillet : la zone a pris une teinte cuivrée, jambonnée et s'est affaissée.

Le 19 juillet, sortie de l'enfant.

Obs. 54. Louise M., âgée de 15 ans. Tuberculose pulmonaire douteuse. Bronchite légère des deux sommets.

CT, OT, TR positives. Reviviscence de la CT.

CT le 26 octobre 1907 à 4 heures. Le 27, résultat positif, zone rose surélevée, indurée, s'étendant à 3 millim. de chaque côté de la scarification.

1re *TR* à 2 décimilligr. le 29 octobre, à 9 heures, résultat négatif, mais malgré l'absence de t° on voit se produire *une reviviscence de la CT* qui s'étend maintenant à 5 millim. de chaque côté. Elle était stationnaire depuis la veille.

OT le 2 novembre, à 9 heures. Début à 3 heures et demie, résultat positif.

2e *TR* à décimilligr. le 3 novembre, à 9 heures, résultat positif le même jour à minuit, t° 38°3.

Obs. 55. Lucienne D., âgée de 16 ans, née le 1er décembre 1891. Tuberculose douteuse. Angine, hypertrophie des amygdales.

CT et OT positives. TR négative.

Examen clinique. — Angine, grosses amygdales. Sommet gauche en arrière submatité légère, diminution du murmure vésiculaire. En avant et à droite, vibrations plus fortes.

1re *CT* le 26 novembre 1907, à 11 h. et demie.

Le 28, résultat positif, induration, surélévation ; zone rose s'étendant à 2 millim. de chaque côté de la scarification. Formation de petites papulettes.

Le 1er décembre, à la même heure, à 9 heures, on fait au même moment les trois épreuves : 2e *CT*, *OT* et *TR* à 2 décimilligr.

La 2e *CT* se montre le lendemain positive plus étendue que la première, puisqu'elle présente une surface correspondant à celle d'une pièce de 0 fr. 50.

L'*OT* est positive le lendemain.

La *TR* est restée négative.

Obs. 56. Eugénie M., âgée de 16 ans, née le 16 mai 1891. Tuberculose pulmonaire douteuse.

CT et TR positives, OT négative.

A. P. Cette malade aurait eu de la gastralgie dans l'enfance. Rougeole à l'âge de 4 ou 5 ans. Scarlatine l'année suivante. Bronchites nombreuses. Fréquents maux de tête. Réglée à 11 ans. Mal réglée, tantôt 2 fois par mois, tantôt tous les 2 mois.

Il y a 3 ans est venue aux Enfants Assistés pour « vomissements ». Tousse depuis l'hiver dernier. Il y a un mois aurait craché ou vomi du sang. Depuis aurait eu à plusieurs reprises des crachats sanglants.

Enfant solidement bâtie, fortement constituée.

Poumons : Submatité au sommet droit, en arrière. A l'auscultation, rien.

CT et OT le 6 octobre 1907 à 10 heures trois quarts.

OT négative.

CT positive le 7. Zone rouge, indurée, s'étendant à 1 millim. et demi de chaque côté de la scarification.

Le 8, *TR* à 2 décimilligr. ; le 9, t° 38°4 réaction locale au point de l'injection.

Les *CT* présentent un *aspect crémeux* au niveau des scarifications.

Obs. 57. Laurentine L., âgée de 18 ans, née le 17 mai 1889. Bronchite des deux sommets. Idées de persécution. Hypochondrie.

CT et TR positives. OT négative.

Aux deux sommets on constate des râles de bronchite plus accentués à droite. A droite, submatité.

De plus, idées de persécution, hypochondrie, etc.

CT le 26 juillet 1907 à 4 heures et demie du soir.

Le 27, résultat positif. Les scarifications qui ont été ponctiformes sont entourées d'une zone rose s'étendant au moins à 2 millim. de chaque côté des lèvres de la plaie. Forme ovalaire de la réaction, surélévation de la peau et induration.

Le 28, augmentation considérable ; une des trois réactions dépasse la grandeur d'une pièce de 1 franc. Les autres ont la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50.

Le 29, même état, mais rougeur plus intense.

Le 1er août, teinte cuivrée de la réaction et diminution de l'induration.

TR positive à 2 décimilligr., t° 38°2 (5 août).

OT négative.

Obs. 58. Jeanne J., âgée de 19 ans et demi. Tuberculose pulmonaire douteuse.

CT et TR positives. CT négative.

A. P. Bronchites et rougeole dans l'enfance.

Réglée depuis un an. Mal réglée ; règles douloureuses.

Entrée le 15 septembre à l'hospice de Mondonbleau pour anémie et tuberculose douteuse. Y reste un mois.

Examen le 2 novembre : Submatité au sommet droit, en arrière ; respiration très légèrement humée à ce sommet ainsi qu'au sommet gauche en avant.

OT le 18 octobre 1907 à 8 heures, résultat négatif.

CT le même jour, à 4 heures. La malade est revue 2 jours après. Résultat positif.

TR à 2 décimilligr. le 29 octobre à 9 h. et demie, résultat positif le soir à 3 heures, t° 38.2.

Le 2 novembre, malade sort : desquamation de la réaction.

Obs. 59. Maurice M., âgé de 18 ans, né le 18 décembre 1889. Tuberculose pulmonaire cliniquement très douteuse.

CT et TR positives. OT négative.

Enfant renvoyé de son agence pour tuberculose au début.

L'examen des poumons ne révèle que très peu de chose. La respiration aux deux sommets est à peu près égale avec une très légère diminution de la respiration à droite au sommet.

CT le 30 octobre 1907, à 3 h. et demie. Très peu de chose le 31 à 9 heures. Le 2 novembre, petites taches rouges arrondies indurées de 4 millim. de diamètre.

OT le 2 novembre, à 9 heures, résultat négatif.

TR à 2 décimilligr. le 3 novembre, à 11 h. et demie, résultat négatif. Bien qu'il n'y ait pas eu de réaction thermique on note le lendemain une très notable augmentation de la CT qui était en défervescence.

2e *TR* le 8 novembre, à 9 heures du matin, à 4 décimilligr. Résultat positif le même jour, t° 40° à 9 heures du soir et à minuit.

Obs. 60. Marie P., âgée de 24 ans, née le 28 décembre 1883. Convalescence de fièvre typhoïde. Tuberculose possible.

CT positive.

Infirmière ayant contracté une fièvre typhoïde qui a duré deux mois. A la convalescence la t° au lieu de se maintenir autour de 37 se maintient autour de 38°.

Vers le 1er décembre on constate légère diminution de la respiration au sommet droit, très légère submatité.

CT le 11 décembre 1907 à midi.

Le 12, résultat positif, 5 millim. de chaque côté de la sacrification ; zone rouge vif avec *aspect urticarien* au centre. Pas de halo. Le 13, mêmes dimensions ; aspect plus urticarien que la veille. Production d'un halo de 1 centimètre autour de la réaction.

Obs. 61. Louis D., âgé de 19 mois. Ostéite ancienne du maxillaire inférieur.

CT et TR positives.

Enfant d'un ménage probablement syphilitique. La femme ayant été, dit-elle, contaminée par un nourrisson et ayant ensuite contaminé son mari. L'enfant paraît indemne de syphilis. C'est un gros garçon portant à la joue droite une cicatrice légèrement exubérante et à la joue gauche une cicatrice adhérente au maxillaire inférieur. Ces deux cicatrices légèrement chéloïdiennes semblent cliniquement être dues à un ostéite probablement tuberculeuse.

CT le 14 août 1907, à 3 h. et demie.

Le 15, résultat positif. Tache rouge avec induration sans grande surélévation, grandeur d'une pièce de 0 fr. 50 cent.

Le 15, au matin, *TR* à 2 décimilligr. Résultat positif, t° 38 sans qu'il y ait eu retentissement sur les cicatrices.

Obs. 62. Schmul M., âgé de 4 ans environ. Spina ventosa.

CT positive.

L'enfant porte à l'index de la main gauche et au pouce de la main droite un spina ventosa en voie d'évolution, suppuration :

CT le 27 juillet 1907 à 11 h. et demie.

Le 28, réaction très nette. Tache rouge vif de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 20 cent. Induration, surélévation.

Le 29, même état ; le 30, coloration rouge sombre.

Le 31 sortie de l'enfant.

Obs. 63. Joseph H., âgé de 5 ans et demi, né le 27 juillet 1902. Tuberculose ganglionnaire du cou avec cicatrices.

CT et TR positives.

OT impossible par suite de blépharite chronique.

CT et TR à 2 décimilligr. faites *toutes deux au même moment*, le 17 novembre 1907 à 9 heures.

La *TR* est positive le même jour à 6 heures du soir, t° 38,2 ; elle reste sans influence sur les cicatrices du cou.

CT positive le 18. Zone rose surélevée, indurée, s'étendant à 3 millim. de chaque côté de la scarification.

Obs. 64. Robert M., âgé de 6 ans. Coxalgie ancienne traitée dès le début.

CT positive.

Malade de la ville adressé par le Dr Veau.

Microdontisme. Dents irrégulières.

Il y a 2 ans, en novembre 1905, a été mis au repos au lit pour coxalgie. Reste au lit avec un appareil à extension pendant 3 semaines ou un mois puis est mis dans un appareil plâtré qui est retiré le 20 août 1907.

Le 24 août, la hanche gauche qui a été malade est absolument libre. Pas de ganglions inguinaux.

CT le 24 août, à 11 h. et demie.

Le 26 août, résultat positif. Rougeur de 3 millim. de chaque côté de la scarification.

Le 31 août, mêmes dimensions. Coloration rouge vif. Petites papules au niveau de la réaction sur les bords principalement. Induration, surélévation. Début de desquamation.

Obs. 65. Marguerite M., âgée de 7 ans et demie. Tubercu

lose péritonéale à forme ascitique sans tuberculose pulmonaire.

CT et OT positives.

Enfant maigre, cachectique, dont l'état ne permet pas la TR.

1re *CT* le 2 octobre 1907 à 4 h. et demie. L'enfant n'est revue que le 4, à 8 heures du matin. Réaction *positive à forme urticarienne* de 1 cent. de diamètre, de forme arrondie. Tout autour de la plaque urticarienne on voit un très mince et très étroit liseré de coloration rose saumonné. Induration. Peu de surélévation.

OT le 8 octobre, à 8 heures. Résultat positif à 3 h. et demie.

Le 9, résultat positif intense, œdème considérable des deux paupières, purulence très accentuée, forte injection des sclérotiques. Photophobie.

Traitement : pansements humides ; durée 4 jours.

2e *CT* le 2 novembre à 4 heures. Le 3, résultat positif à forme urticarienne mais moins étendue que la première fois.

Obs. 66. Louise G., âgée de 11 ans 3 mois, née le 31 juillet 1896. Abcès tuberculeux cervicaux cicatrisés avec quelques cicatrices encore en évolution.

CT et TR positives. OT négative.

CT et OT le 6 octobre 1907 à 10 h. trois quarts.

Le 7, *OT* négative. *CT positive*. Zone de coloration rouge vif, surélevée, indurée, ayant comme dimensions 3 millim. de chaque côté de la scarification et 7 à 8 millim. de hauteur.

TR à 2 décimilligr. le 10 au matin ; le 11, à midi, t° 38,2. Pas d'influence de la TR sur les cicatrices ni sur la CT.

Le 13, début de desquamation au niveau de la CT.

Obs. 67. Léon S., âgé de 7 ans, né le 21 août 1900. Tuberculose ganglionnaire guérie. Tuberculose cutanée. Tuberculose pulmonaire douteuse.

CT et TR positives. OT négative.

L'enfant porte au niveau du cou des cicatrices de tuberculose ganglionnaire suppurée guérie. Sur la fesse, placards érythémateux indurés d'aspect tuberculeux.

Aux poumons, submatité aux deux sommets. Rien à l'auscultation.

CT et TR à 2 décimilligr. le 3 octobre 1907, à 9 h. un quart au même moment. Le 3, à 6 heures, t° 39°4.

Le 4, à 9 h. un quart, on voit *CT* positive sous forme de tache ovalaire de 12 millim. de hauteur sur 10 millim. de largeur.

Les placards de la fesse sont d'un rouge plus vif et sont entourés d'un bourrelet violacé œdémateux.

OT le 9, négatif.

Obs. 68. Marie-Louise C., âgée de 9 ans. Coxalgie ancienne.

CT positive.

Malade adressée par le Dr Veau (Malade de la ville). Cette enfant a été soignée à Berck pour une coxalgie dont il ne reste plus trace.

CT le 13 août 1907, à 11 h. et demie.

Le 14 août, réaction légère, rougeur et induration.

Obs. 69. Thérèse C., âgée de 10 ans, née le 28 avril 1897. Tumeur blanche du coude gauche.

CT et TR positives. OT négative.

Pas de bacillose pulmonaire cliniquement décelable.

CT le 5 août 1907, à 4 h. un quart.

Le 6, légère rougeur avec induration, s'étendant à 2 millim. et demi de chaque côté des scarifications.

Le 7, la zone de réaction s'est étendue. A la piqûre supérieure ponctiforme cette zone est grande comme une pièce de 20 centimes. Les inférieures également ponctiformes sont entourées d'une zone de 7 à 8 millim. de diamètre.

Le 9, la réaction prend une teinte cuivrée.

Le 14, même état, mais l'induration est plus intense ; sensation de chancre induré.

TR le 14, à 11 h. et demie, t° le soir à 10 heures 38°2 ; le 15, à 1 heure du matin, 39,2.

OT négative.

Obs. 70. Hortense S., âgée de 10 ans, née le 14 décembre 1897. Achondroplasie, rachitisme avec peut-être myxœdème, cicatrices au niveau du cou.

CT, OT, TR positives.

Enfant présentée en décembre à la Société de Pédiatrie. Porte au cou, à droite, au niveau du bord postérieur du sterno-mastoïdien, une cicatrice blanchâtre paraissant provenir de ganglions suppurés de nature tuberculeuse. Rien aux poumons.

1re *CT* le 6 décembre 1907 ; résultat positif ; zone rouge le lendemain, s'étendant à 3 ou 4 millim. de chaque côté du trait de la scarification. Induration, surélévation.

OT le 11 décembre ; résultat positif léger le 12 au matin.

2e *CT et TR* à 2 décimilligr., le 14 décembre, à 9 heures. Le même jour, à 9 heures du soir, TR positive, t° 40.

Le lendemain, la 2e CT est positive, même aspect que la première fois.

Obs. 71. Henri F., âgé de 12 ans. Coxalgie.

CT positive, OT négative.

Enfant gras, atteint de coxalgie. Est dans un appareil à extension au Pavillon Verneuil.

Le 17 septembre 1907, sur la demande du Dr Veau, on pratique les deux épreuves *OT* à 8 h. et demie du matin, elle reste négative, et *CT* à 4 h. et demie du soir. Elle est positive le 18, sous forme de deux grosses taches de coloration rouge vif de 2 cent. de diamètre, presque arrondies avec surélévation de la peau et induration.

Le 25, début de desquamation.

Le 2 octobre, les résultats de la cutiréaction sont encore visibles. On note une zone jambonnée de 1 cent. de haut sur 5 millim. de large, avec induration très nette du derme. Le tout recouvert de larges squames épidermiques.

Obs. 72. Auguste P., âgé de 13 ans, né le 29 mai 1894. Dou-

teux pulmonaire. Ganglions cervicaux récents et anciens suppurés guéris.

CT positive.

A. P. A eu à l'âge de 4 ans des ganglions cervicaux sur le côté gauche du cou. Ils ont suppuré et se sont ouverts spontanément. Cicatrices à ce niveau.

Nouvelle poussée ganglionnaire il y a un an, en juillet 1906. Dit n'avoir jamais toussé.

Examen clinique. — Sur le côté gauche du cou trois gros ganglions non suppurés situés les uns au-dessus des autres à la partie moyenne du st. cl. mastoïdien sur son bord postérieur. Pas de ganglions axillaires et inguinaux. Auscultation : rien aux poumons, cependant la respiration du poumon gauche diffère très légèrement de celle du poumon droit (Hutinel).

CT le 12 juillet, à 5 h. trois quarts, faite sur la peau du ventre.

Le 13 juillet, à 6 heures du soir, réaction positive. Zone claire, d'apparence congestive et œdémateuse, avec prolongements irréguliers et dentelés. Sur cette nappe, développement de 10 à 12 papules. Quelques-unes seulement sont bien visibles. Toutes, cependant, sont appréciables au doigt. Elles sont peu résistantes au toucher et sensiblement de même coloration que la plaque zone rose qui leur sert de base. Quelques picotements à ce niveau depuis 2 ou 3 heures. Cette zone s'arrête à un quart de centimètre de la scarification voisine témoin.

Le 14 juillet, à 11 heures du matin, extension de la zone de réaction. Elle atteint, mais ne dépasse pas la scarification témoin. Même apparence, même coloration. Les papules sont plus nettes, mais n'ont pas augmenté de volume. Ce sont des papulettes roses, sans croutelles ni vésiculation.

A 6 heures : réaction moins vive. Plaque moins rose ; affaissement léger des papulettes.

Du 15 au 17 juillet, même étendue ; mais diminution progressive de la coloration.

Le 17 juillet, biopsie à 2 heures du soir.

Le 23 juillet, sortie de l'enfant. Il reste encore un peu de rougeur.

Obs. 73. Germaine G., âgée de 14 ans, née le 6 juin 1893. Tuberculose ganglionnaire guérie.

CT, OT, TR positives. Reviviscence de la CT.

L'enfant porte au niveau du cou, des deux côtés, le long de la partie supérieure du st. cl. mastoïdien, des traces de tuberculose ganglionnaire guérie. Les cicatrices sont blanchâtres, sauf une située à l'insertion mastoïdienne du st. cl. mastoïdien droit qui est rougeâtre, indurée, infiltrée.

Rien aux poumons.

CT le 20 septembre, à 1 h. et demie. Le 21, résultat positif sous forme de tache rose s'étendant à 5 millim. de chaque côté des lèvres de la scarification environ. Induration, surélévation.

Le 22, mêmes dimensions, mais *aspect urticarien*.

Le 23, décollement épidermique au niveau des lèvres de la plaie.

Le 24, à 9 h. et demie, au même moment, on fait *OT et TR* à 2 décimilligr.

L'*OT* est positive le même jour à 6 heures du soir.

TR positive le 25, t° 38,5 ; on constate, le 25, que non seulement il y a eu sous l'influence de la TR *une reviviscence de la CT* qui a augmenté de 3 milim. d'étendue de chaque côté, mais il y a eu *retentissement sur les lésions cutanées cicatricielles incomplètement guéries consécutives aux ganglions tuberculeux*.

Obs. 74. Léontine A., âgée de 15 ans, née le 19 juillet 1892. Cicatrices anciennes d'abcès cervicaux.

CT positive, OT et TR négatives.

L'enfant a eu des abcès au cou dès l'âge de 2 ans. Ils se sont terminés complètement depuis l'établissement des règles, c'est-à-dire depuis un an.

L'enfant est bien portante. Elle a été à Berck en 1900 et en 1907, et y restée chaque fois 3 mois.

CT, OT, TR à 2 décimilligr., le 8 octobre 1907, à 8 heures du matin.

OT et TR négatives.

CT positive le 9 au matin.

Obs. 75. Adrienne C., âgée de 18 ans. Coxalgie ancienne.

CT positive.

Malade adressée par le Dr Veau.

Coxalgie ancienne datant de 8 ans.

CT le 29 novembre 1907, à 3 heures. Le 30, résultat positif, tendance à l'aspect urticarien.

Obs. 76. Augustine L., âgée de 18 ans, née le 1er décembre 1888. Ganglions tuberculeux du cou cicatrisés.

CT, OT, TR positives.

A l'âge de 5 ans, la malade a eu des ganglions au cou qui ont suppuré. Au côté droit du cou on voit trois petites cicatrices irrégulières situées au niveau de l'insertion supérieure du st. cl. mast. Rien autre chose cliniquement.

OT positive.

Le 30 juillet 1907, à 11 h. et demie, *CT*.

Le 31, à 9 heures, grosse réaction. Zone rouge s'étendant à 5 ou 6 millim. de chaque côté de la scarification. La grandeur de la zone dépasse celle d'une pièce de 0 fr. 50.

Le même jour, à 4 heures, rougeur plus vive. Surélévation et induration notables.

Le 5 août, TR à 2 décimilligr. Réaction thermique à 38°5.

Obs. 77. Jeanne M., âgée de 18 ans. Tuberculose du sac herniaire.

CT positive.

Entrée le 16 septembre dans le service du Dr Jalaguier.

Malade adressée par le Dr Veau.

A. P. Pleurésie en 1905.

Depuis trois mois, remarque une grosseur, une tuméfaction dans la région inguinale. Opérée de hernie le 21 septembre 1907. On a constaté une tuberculose du sac herniaire (vérification histologique).

CT le 2 octobre 1907, à 5 heures du soir.

Le 3, à 9 heures du matin, zone rose de 4 à 5 millim. de diamètre. Peu de surélévation, induration légère.

Le 4, augmentation de la réaction ; tache ovalaire de 12 millim. de haut sur 10 de large. Légère induration. Pas d'apparence urticarienne ; mais dans le champ de la réaction se sont développées de *petites papules*.

Obs. 78. Marthe C., âgée de 19 ans et demi, née le 5 mars 1888. Douleurs sciatiques, puis sacro-coxalgie avec abcès.

CT positive.

Malade entrée à l'Infirmerie pour douleurs sciatiques rebelles, soignée dans le service du Pr Hutinel. Température oscillant autour de 38°, pas de phénomènes pulmonaires.

Le 25 mai, on constate au sommet des deux côtés des poumons des râles de bronchite localisée avec de la submatité. Puis, 28 mai, on trouve au niveau de l'articulation sacro-iliaque une douleur vive à la pression. M. le Pr Hutinel porte le diagnostic de sacro-coxalgie et la malade passe quelques jours après dans le service du Dr Jalaguier.

CT le 2 octobre 1907, à 5 heures, positive, le 38 octobre.

Note remise le 5 octobre par notre collègue Desmoulins : Sacro-coxalgie et ostéite de l'os iliaque datant de 6 mois. Abcès postérieur ponctionné six fois.

Le 11 novembre, on voit encore des traces de la CT ; légère rougeur, disparition de l'induration. Légère desquamation.

Obs. 79. Juliette B., âgée de 3 ans et 3 mois. Coxalgie probable.

CT positive.

Malade de la ville adressée par M. le Dr Veau.

Enfant se plaignant de douleurs de la hanche.

CT le 13 août 1907, à 11 h. et demie, résultat positif.

Obs. 80. Gaston K., âgé de 3 ans et demi, né le 28 mars 1904. Tuberculose ganglionnaire probable.

CT et TR positives, OT négative.

L'enfant porte de nombreuses lésions de grattage. Au niveau de l'aine on voit la cicatrice irrégulière d'un ganglion suppuré. Rien aux poumons.

CT positive légère le 29 novembre 1907. Induration, teinte rouge, surélévation.

Le 14 décembre, on note encore l'induration au niveau de la CT.

Le 14 décembre, à 11 h. et demie, on fait à la même heure et en même temps une 2e *CT* et la *TR* à 2 décimilligr.

La *TR* est positive, t° le 14 à 5 heures 40°, à 8 heures et à 11 heures du soir 40°9.

Le 15, la *CT* est positive comme la première fois.

OT le 17 décembre, négative.

Obs. 81. Raymond L., âgé de 4 ans, né le 7 janvier 1903. Rachitisme accentué et adénopathie trachéobronchique.

CT et TR positives, OT négative.

Rachitisme intense. Tibias à convexité tournée en dehors et en avant. Projection des pieds en arrière. Nouures au niveau des poignets et des chevilles. Gros chapelet costal; élargissement de la base du thorax. Les fontanelles sont fermées.

Poumons : A la percussion : légère matité au niveau du hile, à droite. Auscultation : Râles de bronchite au sommet gauche; à droite, diminution de la respiration dans toute la hauteur du poumon droit. Léger souffle en rapport avec la matité.

Le 17 novembre 1907, à 9 heures, *CT*, *OT et TR* à 2 décimilligr.

Le 18, *OT* négative, *CT* positive. Zone rose indurée, surélevée, s'étendant à 3 millim. de chaque côté de la scarification.

La *TR* avait été positive dès le 17 à 6 heures, t° 38°9. De plus, placard rouge empâté au niveau de l'injection. *Elle avait été faite au même moment que la CT.*

Obs. 82. Sylvain S., âgé de 5 ans et demi, né le 12 mai 1902. Ganglions cervicaux de nature douteuse. Pas de tuberculose pulmonaire.

CT, OT, TR positives.

1re *CT* le 26 novembre 1907, à 11 heures et quart. Le 27, résultat positif sous forme de petites taches rouges arrondies surélevées, indurées, s'étendant à 4 millim. de chaque côté des scarifications. Formation de petites papulettes.

Tendance à l'aspect urticarien.

Le 28, les réactions ont pris l'*aspect urticarien* et ont l'étendue d'une pièce de 0 fr. 50. *Halo périphérique* bordant la réaction d'une zone rose de 3 millim.

Le 30, même aspect.

2e *CT*, *OT et TR* à 2 décimilligr. le 2 décembre 1906 à 8 heures et demie au même moment.

La 2e *CT* a le même aspect mais est plus étendue que la première fois.

L'OT est positive le lendemain, 3 décembre.

La *TR* est également positive, t° 39° le 3 décembre à 3 heures.

Obs. 83. Marguerite P., âgée de 4 ans, née le 3 août 1903. Convalescence de coqueluche. Otite. Vulvite. Adénopathie trachéobronchique.

CT et TR positives. OT négative d'abord, positive ensuite.

Examen clinique. — Enfant convalescente de coqueluche, otite, vulvite.

Poumons : en arrière, submatité aux deux sommets, matité à

droite au niveau du hile. A l'auscultation, respiration soufflante aux deux sommets. A droite, au niveau du hile, légère diminution de la respiration. En avant, rien.

1re *CT* le 9 août 1907, à 4 heures de l'après-midi.

Le 10, à 9 heures, cuti positive. Les piqûres ponctiformes sont entourées d'une zone de 2 millim. Coloration rose sans induration.

Le 11, même état, le 12, surélévation et induration.

Le 14, réaction sous forme de zone rouge de coloration jambonnée. Induration très nette.

1re *OT* faite par le Dr Mantoue avec la tuberculin.-test de Calmette, résultat négatif.

2e *OT* faite le 23 août avec la solution mère de l'Institut Pasteur. Résultat positif moyen le même jour, disparition le 24.

TR à 2 décimilligr. le 27, à 9 heures du matin, c'est-à-dire *18 jours* après la 1re cuti et *3 jours après la disparition de l'OT*. Réaction positive, t° 40°5 le même jour à 3 heures. Le même jour dans l'après-midi, réapparition intense de l'OT faite 4 jours avant et terminée depuis 3 jours. *Il y a donc une reviviscence de la OT.*

Le 28, on voit encore l'OT et de plus les deux *CT ont subi une reviviscence*. Elles sont maintenant entourées d'un *halo périphérique* donnant à la réaction la grandeur d'une pièce de 1 franc.

2e *CT* le 29, soit *2 jours après la TR*. On fait 2 scarifications le matin à 8 heures et demie. A 11 heures et demie, soit 3 heures après, il semble que l'on constate déjà un début de réaction. A 3 heures du soir la rougeur est plus accentuée.

La réaction est nette le 30 au matin et le 31 à midi elle a 1 cent de diamètre.

3e *CT* le 2 octobre à 8 heures et demie, soit 67 jours après la *TR*. On voit encore la 2e cutiréaction sous forme d'une petite tache rose cuivrée, grosse comme un noyau de cerise, induré, ecouvert d'une desquamation.

La CT est faite à 8 heures et demie. A 1 heure et demie, légère rougeur s'étendant à 1 millim. et demi de chaque côté.

Le 3 octobre, à 9 heures, réaction positive ; zone presque ronde avec surélévation. Coloration légèrement cuivrée ; grandeur de la réaction 4 millim. et demi de diamètre. Elle repose sur un halo de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Ce halo disparaît à 4 heures et demie du soir.

Obs. 84. Adrienne G., âgée de 5 ans, née le 26 juin 1902. Gale, micropolyadénite. Adénopathie trachéobronchique.

CT positive.

Enfant entrée pour la gale. Ganglions durs, petits, nombreux, roulant sous le doigt. Plus gros aux aines qu'à la nuque. Rien dans les aisselles.

Poumons : Résistance au doigt et submatité en arrière à droite entre les deux omoplates, au niveau du hile quelques ronchus intermittents.

CT le 16 juillet 1907, à 3 heures.

Le 17, à 9 heures du matin, réaction positive s'étendant à 1 millim. et demi environ de chaque côté des lèvres de la scarification.

Le 18, réaction forte. Chaque scarification est entourée d'une zone rosée plus grande qu'une pièce de 0 fr. 50.

La scarification supérieure et l'inféro externe sont distantes l'une de l'autre de 1 cent. et demi et les deux zones sont confluentes.

De plus, surélévation, induration avec infiltration du derme ; aspect chagriné de la zone par suite de la présence de petites papulettes, *aspect urticarien* au centre.

Biopsie le 18 juillet.

Obs. 85. Laure M., âgée de 10 ans, née le 20 décembre 1897. Tumeur cérébrale.

CT positive.

Enfant depuis longtemps dans le service pour tumeur cérébrale. Actuellement atteinte de coqueluche.

CT le 27 septembre 1907, à 9 heures trois quarts ; à 3 heures et demie, on peut dire que la CT sera positive, légère rougeur autour des piqûres avec œdème et boursouflement des lèvres de la plaie.

Le 28, à 9 heures, résultat positif, placards rouges de 1 cent. et demi de haut et 1 cent. de large.

Le 1er octobre, augmentation d'intensité, puisque la réaction prend *l'aspect urticarien. Léger halo* autour de la réaction.

L'état des yeux et la nature possible de la tumeur n'autorise ni l'OT ni la TR.

Le 3 novembre on constate encore l'existence d'une large plaque rouge cuivre indurée de 15 millim. de haut sur 12 millim. de large avec desquamation.

Obs. 86. Maurice G., âgé de 5 ans, né le 11 octobre 1902. Adénopathie trachéobronchique. Polymicroadénie.

CT positive. OT et TR négatives.

Submatité au niveau du hile droit avec souffle. Catarrhe des grosses bronches. Polymicroadénie axillaire et inguinale.

OT, 1re *CT et TR* à 2 décimilligr. le 17 novembre.

Seule la *CT* est positive faible.

2e *CT* le 23 novembre 1907, à 1 heure et demie. Le 24, résultat positif faible comme la première. Zone rose, surélevée, indurée s'étendant à 2 millim. de chaque côté de la scarification.

Le 29, la CT est terminée.

2e *TR* le 29, à 9 heures du matin (2 décimilligr.) et 3e *CT* ; résultat négatif de la TR. La 3e *CT* est plus grande que les deux premières. Elle s'étend à 4 millim. de chaque côté de la scarification.

Obs. 87. Jeanne H., âgée de 7 ans. Adénopathie trachéobronchique.

CT et TR positives. OT négative.

Râles de bronchite aux deux sommets, respiration légèrement soufflante avec submatité au niveau des deux hiles en arrière.

1re *CT* le 30 novembre 1907 à 5 heures.

Le 1er décembre, résultat positif, zone rouge surélevée, indurée, s'étendant à 3 millim. de chaque côté du trait de scarification.

2e *CT*, *OT et TR* à 1 décimilligr. faites au même moment, le 2 décembre, à 8 heures trois quarts.

OT négative.

CT comme la première fois.

TR positive, t° 38°5 le 3 décembre, à 3 heures.

Obs. 88. Raymond L., âgé de 7 ans. Arrêt de développement. Adénopathie trachéo-bronchique.

CT et TR positives. OT négative.

Poids, 15 kg. 200. Taille, 1 m. 05. Age, 7 ans.

Matité au niveau du hile entre les deux épaules en arrière. Léger souffle en rapport avec cette matité.

1re *CT* le 11 décembre 1907 à 9 heures, résultat douteux le 12, zone rouge s'étendant a 1 millim. et demi de chaque côté du trait de scarification sans induration.

Le 14, induration très nette.

OT le 11, résultat négatif.

2e *CT* et *TR* à 2 décimilligr. le 14, faites toutes deux au même moment à 11 heures et demie.

TR positive, t° 38°6 le 14, à 8 heure du soir.

Le 15, *CT* résultat positif comme la première fois, même aspect.

Obs. 89. Marie S., âgée de 9 ans, née le 20 novembre 1890. Zona thoracique. Adénopathie trachéo-bronchique.

CT positive. OT devenue positive après une TR négative.

Enfant venue dans le service pour un zona thoracique.

Poumons : respiration soufflante au niveau du hile gauche.

Tonalité un peu plus haute au niveau de l'espace interscapulaire gauche. Signe de Schmidt négatif.

OT le 26 août, 1907, à 8 heures trois quarts du matin. Négative.

CT le 26 août, à 5 heures du soir.

Le 27, résultat positif. Il semble que la réaction se soit faite à distance de la scarification. Celle-ci, en effet, est bordée d'une mince zone rose et au-dessous de cette scarification supérieure et séparée d'elle par un petit pont de peau saine de 1 millim. et demi de hauteur, on voit une petite papule surélevée, indurée, de dimensions de 2 millim. de haut sur 2 millim. de large.

La piqûre inféro-externe a donné une réaction analogue mais de dimensions un peu supérieures.

1re *TR* le 29, à 10 heures du matin, résultat négatif (2 décimilligr.)

2e *CT* le 29, à 10 heures du matin, en même temps que la tuberculine sous-cutanée. A 6 heures du soir, à l'*endroit où étaient les premières cutiréactions complètement disparues, on voit reparaître de la rougeur.* Au niveau de la scarification supérieure, on note une zone rouge vif de 3 cent. de haut sur 1 cent et demi de large. Les deuxièmes cutiréactions faites à 10 heures donnent à 6 heures un résultat positif sous forme de plaques roses de 1 cent. de haut sur 6 millim. de large, avec une légère induration.

Le 31, à 9 heures et demie, les premières CT qui avaient récidivé sont encore visibles sous forme d'une légère rougeur à teinte violacée. Elles sont entourées d'un petit piqueté rougeâtre.

Les deuxièmes CT faites au moment de la TR sont presque terminées, à peine visibles.

Le 10 septembre. L'œil sur lequel avait été faite la OT commence à rougir.

Le 14, cette rougeur est très visible et l'enfant présente une *OT positive intense* des plus nettes, avec caroncule très injectée, photophobie : note de notre collègue Desmoulins : « Vascularisa-

« tion assez intense de la conjonctive. Dans sa moitié inférieure, « légères saillies d'apparence phlycténulaire. Cornée intacte ».

L'enfant est obligée de porter un pansement humide sur l'œil pendant 4 jours. L'œil a repris son aspect normal le 22.

Le 14 septembre, 2e TR à 4 décimilligr., l'enfant n'ayant pas réagi à la 1re TR à 2 décimilligr. Le résultat est négatif comme à la première. La t° n'atteint pas 38° mais cette fois l'enfant présente un placard rougeâtre au niveau de l'injection et ne présente pas de nouvelle reviviscence de la cuti.

Obs. 90. Lucien G., âgé de 10 ans. Tumeur cérébelleuse.

CT et OT positives.

CT le 17 juillet 1907, à 2 heures et demie.

Le 18, à 9 heures du matin, début de réaction. Petite zone rose légèrement surélevée au niveau des scarifications.

Le 19, extension des réactions. Grandeur d'une pièce de 0 fr. 50. Infiltration du derme.

Le 20 à 9 heures du matin augmentation sur la veille. *Aspect urticarien* au centre avec tout autour des petites papulettes donnant à la zone de réaction un aspect chagriné.

OT positive d'intensité moyenne.

Le 15 août, les réactions sont encore visibles sous forme d'une plaque de teinte brunâtre avec desquamation. L'état de l'enfant n'a pas permis l'épreuve de la TR. Après avoir présenté de la céphalie intense, de la démarche ébrieuse, de l'amaurose, de la paralysie faciale, de la surdité, des crises douloureuses et convulsives presque biquotidiennes, le malade a succombé le 13 octobre 1907.

Pas d'autopsie.

Obs. 91. Edmond D., âgé de 10 ans. Obésité, suspect de bacillose au genou.

CT, OT, TR positives. Reviviscence de CT.

Enfant adressé par le Dr Veau. Suspect de tuberculose au genou chez un obèse. Taille, 1 m. 44. Poids, 51 k. 400.

A. H. Le père aurait actuellement 39 ans. Pas de renseignements mais plusieurs membres de la famille du côté du père ont « des humeurs froides ». Un autre enfant est du même père. Agé de 13 ans, il est bien portant mais moins gros.

A. P. Venu à terme ; nourri au sein pendant 20 mois par la mère. Coqueluche à 6 mois. Première atteinte de croup à l'âge de 4 ans, puis deuxième atteinte l'an dernier en même temps que la scarlatine. Soigné à Hérold du 19 novembre au 31 décembre. Tousse un peu par instant. On ne trouve rien aux poumons. Mal au genou gauche depuis à peu près trois semaines : on n'y trouve rien.

1re *CT* le samedi 14 septembre 1907. Vu seulement 3 jours après, le mardi 17. Résultat positif intense, *aspect urticarien* de 1 cent. et demi de diamètre ; cette réaction reposant sur un halo s'étendant à 1 cent. et demi en dehors de la réaction. Induration énorme. Sur la réaction on voit plusieurs papules et une vésicule contenant une petite quantité de liquide.

Le 24 septembre, à 8 heures et demie, à la même heure, *OT et TR* à 2 décimilligr.

Le 24, rien, mais le 25, à 9 heures, résultat positif, on voit une injection, forte, de la conjonctive avec légère exsudation purulente.

TR positive, t° 40°2 le 25 septembre.

Le 24, au moment de la TR, la CT avait l'aspect suivant : le halo avait disparu, seule subsistait la zone de réaction de 1 cent. et demi de diamètre. Teinte rouge jambonnée. Début de desquamation.

Le 25, *influence de la TR sur la CT.* Le halo n'a pas reparu mais la rougeur a augmenté et a presque la grandeur d'une pièce de 1 franc.

Le 2 octobre, on constate qu'il ne reste plus rien au niveau de la piqûre d'injection de tuberculine. Cette sous-cutiréaction était de la grandeur d'une pièce de 1 franc.

2e *CT*, le 2 octobre, 5 heures trois quarts ; à 2 heures, poussée

d'urticaire de la face ; à 4 heures, début de réaction. De chaque côté de la plaie s'étend, à 1 millim. et demi, une zone rose indurée.

Le 3 octobre, réaction légère, 2 millim. de chaque côté des lèvres de la scarification. Le 4, à 8 heures, surélévation et induration ; aspect crémeux des bords de la plaie.

Obs. 92. Désiré H., âgé de 13 ans. Adénopathie trachéo-bronchique avec crises d'asthme.

CT et TR positives. OT négative.

Matité en arrière des deux côtés au niveau du hile. Crises de suffocation assez fréquentes la nuit. Râles sous-crépitants au niveau du hile. Râles de bronchite aux deux sommets. Note de notre collègue Bord : Rhinite hypertrophique bilatérale.

CT le 26 octobre 1907, à 4 heures. Le 27, résultat positif. Zone rose surélevée, indurée, avec quelques petites papulettes et s'étendant à 4 millim. de chaque côté de la scarification.

1re *TR* à 2 décimilligr. le 29 octobre. Résultat négatif, t° 37,8.

OT le 2 novembre 1907, résultat négatif.

2e *TR* à 4 décimilligr. le 3 novembre, à 11 h. et demie. Résultat positif le même jour à minuit, t° 40°.

Obs. 93. Amélie C., âgée de 15 ans et demi. Douleurs au niveau de la hanche.

CT positive.

A. H. Parents bien portants. A un frère bien portant.

A. P. A l'âge de 18 mois, bronchopneumonie. Pas d'autres maladies. Réglée depuis un an et demi.

A pris froid au mois de mai. Ne tousse pas mais souffre de douleurs intercostales.

Examen clinique. — C'est une malade de la ville qui nous est adressée par le Dr Veau parce qu'elle présente de la scoliose dorsale à convexité tournée vers la droite et parce qu'elle se plaint de douleurs de hanche.

Auscultation et percussion. — A droite, matité en avant au sommet, respiration humée, saccadée en deux temps au niveau de la matité. Diminution de la respiration dans toute la hauteur du poumon. A gauche, respiration saccadée en deux temps au niveau du sommet en avant.

CT le 17 septembre 1907 à 11 h. et demie.

Le 18, résultat positif. Deux scarifications sont entourées d'une zone rouge vif s'étendant à 2 millim. de chaque côté des lèvres de la plaie avec surélévation et induration. La troisième scarification présente une zone analogue mais s'étendant à 4 millim. de chaque côté avec induration.

La malade est revue le 10 décembre 1907.

A la fin d'octobre, au début de novembre, l'enfant a eu une pleurésie gauche. Restée au lit 4 semaines. Pas de ponction. La respiration est un peu diminuée du côté gauche mais s'entend jusqu'en bas. Pas de modifications à la percussion.

Obs. 94. Alice B., âgée de 19 ans. Coxalgie hystérique ou tuberculeuse chez une hystérique.

CT positive très légère.

Note. — Remise par notre collègue Desmouslins : coxalgie douteuse, malade depuis un an et demi. Le 22 septembre 1907, à son entrée dans le service du Dr Jalaguier, cette enfant ne peut pas marcher ; zones d'anesthésie, absence du réflexe cornéen et pharyngé, strabisme convergent.

CT le 2 octobre 1907, à 5 heures.

Le 3, légère rougeur autour des scarifications. Résultat douteux.

Le 4, résultat positif très net mais très léger.

Obs. 95. Henriette B., âgée de 19 mois, née le 4 avril 1906. Diarrhée infantile chez un enfant amaigri.

CT et TR positives, OT négative.

CT le 26 octobre 1907 à 4 heures. Le 27, rien, mais le 28 résultat positif ; réaction légère. Induration très nette.

TR à 1 décimilligr. le 30 octobre à 9 h. et demie, résultat positif le soir à 6 heures, t° 38,5.

OT le 2 novembre, à 9 heures. Résultat positif.

Obs. 96. Marguerite B., âgée de 2 ans et demi, née le 7 mars 1905. Insuffisance mitrale d'origine rhumatismale et de date récente.

OT négative, CT positive.

Enfant extrêmement dyspnéique avec insuffisance mitrale due, aux dires de la mère, à un rhumatisme articulaire survenu le mois précédent. Râles de congestion aux deux bases des poumons.

OT le 2 octobre 1907, à 8 h. et demie, résultat négatif.

CT le même jour à la même heure. Résultat positif léger le 4.

Obs. 97. Raoul M., âgé de 2 ans et demi, né le 18 juillet 1905. Abcès sous-cutanés multiples. Anémie et rachitisme. Crâne natiforme. Bronchite légère.

CT et TR positives. OT négative.

CT le 30 octobre 1907, à 3 h. et demie, résultat positif léger le 31, à 9 heures du matin. Induration, surélévation.

OT le 2 novembre, à 9 heures, résultat négatif.

TR à 2 décimilligr. le 3 novembre, à 11 h. et demie, résultat positif le lendemain, t° le 4, à minuit 39°4.

Obs. 98. Henriette F., âgée de 2 ans et demi. Gastro-entérite muco-membraneuse sans tuberculose décelable.

CT, OT, TR positives.

1re *CT* le 21 août 1907, à 3 h. un quart.

Le 22, réaction positive, zone rouge indurée s'étendant à 1 millim. et demi de chaque côté des lèvres de la scarification.

OT le 23, à 9 heures du matin. Résultat positif apparaissant entre 5 et 6 heures du soir.

TR le 27 août, à 9 heures (2 décimilligr). Résultat positif 38°6, à 11 heures du soir.

2e *CT* le 29 août, à 8 h. et demie du matin. Début à 11 h. du matin, à 6 h. et demie réaction positive légère.

Le 30, 3me *CT* de 7 millim. de diamètre.

Obs. 99. Simone D., âgée de 3 ans, née le 3 septembre 1904. Diarrhée verte. Bronchopneumonie consécutive.

CT et TR positives. OT négative.

Entrée le 22 octobre 1907 à l'infirmerie pour diarrhée. Selles vertes d'abord puis jaunes et mélangées. Vient du lazaret. Le 30 octobre, apparition d'une bronchopneumonie, t° 40°5. Matité aux deux bases, râles crépitants surtout à gauche avec léger souffle. Dyspnée. Teint plombé. Cyanose.

OT le 2 novembre 1907 à 9 heures, résultat négatif.

CT le 2 novembre, à 3 h. et demie.

Le 3 résultat positif. Zone rose, surélevée, indurée, avec aspect crémeux de la scarification. Dimensions, 1 cent. de haut sur 8 millim. de large. Pas d'aspect urticarien. Les résultats de la cutiréaction sont encore visibles sous forme d'une tache brûnâtre avec légère desquamation le 24 novembre.

Le 25 novembre, à 8 h. et demie, on pratique au même moment :

2e *CT et TR* à 2 décimilligr.

Le 26, à 9 heures, 2e *CT* positive. Dimensions : elle s'étend à 4 millim. de chaque côté de la scarification.

A signaler rougeur diffuse au niveau du point où a porté l'injection.

A midi, TR positive, t° 38°2.

Le 27, *aspect urticarien* de la 2e *CT*, plus forte par conséquent que la première.

Obs. 100. Yvonne C., âgée de 1 an et 4 mois, née le 31 juillet 1906. Diarrhée infantile. Rachitisme.

CT, OT, TR positives.

Rachitisme : légère incurvation des tibias. Gros ventre. Chapelet costal léger. Elargissement de la base du thorax. Fontanelle non soudée. Cinq dents : 2 incisives supérieures, deux incisives inférieures, plus la 2e incisive supérieure gauche.

Pas de ganglions inguinaux ni axillaires, ni à la nuque.

Venue à l'infirmerie pour diarrhée infantile.

Auscultation : rien.

OT le 3 novembre 1907 à 9 heures, début positif léger à 3 h. et demie.

CT le 2, à 3 h. et demie, résultat positif le lendemain matin. Dimensions 12 millim. de large sur 15 millim. de haut. *Forme urticarienne.*

TR à 1 décimilligr. le 13 novembre, à 9 heures du matin. Résultat positif le même jour à 3 heures 40°2.

Obs. 101. Jeanne D., âgée de 4 ans, née le 13 juin 1903. Anémie très légère.

CT positive.

Enfant envoyée pour anémie très légère. Rien à l'auscultation.

CT le 30 juillet 1907 à 11 h. et demie.

Le 31, résultat positif. Les piqûres sont entourées d'une zone rouge vif. Le tout a environ la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50. Induration. Peu de surélévation.

Le même jour, à 4 heures, augmentation notable de la réaction dont l'étendue dépasse nettement celle d'une pièce de 0 fr. 50. Surélévation plus forte. Tendance à la papulisation.

Obs. 102. Eugène P., âgé de 2 ans et demi, né le 23 mars 1902.

Crises d'asthme probable avec bronchite.

CT positive, OT négative.

Enfant petit, rachitique, thorax en carène. Emphysème pulmonaire, sonorité exagérée au niveau des bords antérieurs et pos-

térieurs des poumons. Râles de bronchite disséminés. Aurait souvent des crises de dyspnée.

Le 23 août 1907, *OT* à 8 h. un quart du matin, résultat négatif.

Le même jour à 5 heures du soir *CT*.

Le 24, à 9 heures, légère rougeur s'étendant à 1 millim. et demi de chaque côté de la plaie. Légère induration.

L'enfant sort le 25 avant d'avoir été revu.

Obs. 103. Geneviève L., âgée de 5 ans et demi, née le 23 janvier 1902. Convalescente de coqueluche.

CT positive.

L'enfant vient d'avoir la coqueluche. Pas d'adénopathie trachéobronchique, ni de tuberculose cliniquement décelable.

CT le 18 juillet, à 11 heures.

Le 19, réaction positive sous forme d'une petite zone rose, surélevée, s'étendant à 2 millim. de chaque côté de la scarification.

Le 20, surélévation beaucoup plus considérable. La scarification supérieure a donné lieu à une zone rouge surélevée, ovalaire présentant à la partie inférieure un prolongement nettement papuleux.

Obs. 104. Edouard R., âgé de 6 ans, né le 28 octobre 1901. Hémiplégie. Pas de tuberculose cliniquement décelable.

CT positive.

CT le 27 juillet 1907, à 11 heures du matin.

Le 28, zone rouge s'étendant à 1 millim. environ de chaque côté de la scarification. Induration. Surélévation.

Le 29, légère augmentation de la zone de réaction comme étendue et coloration.

Obs. 105. Henri Paul M., âgé de 6 ans et demi, né le 12 décembre 1901. Maladie de Little fruste. Pas de tuberculose cliniquement décelable.

CT et TR positives, OT négative 3 fois.

Le 21 août 1907 :

OT le matin à 9 heures. Elle reste négative.

A 9 heures et demie *TR* à 2 décimilligr. à 4 heures t° 38°.

A 5 heures, soit 7 heures et demie après la *TR*, on pratique une *CT*.

Le 22, le *CT est positive*. Petite tache rose, indurée, peu surélevée, s'étendant à 2 millim. de chaque côté de la scarification, *à 4 heures, t°* 39,3. La marche de la réaction thermique a été la suivante : t° 38°, six heures après la TR, puis chute de température, puis le 22, à 4 heures, soit 30 heures après l'injection, t° 39°3. Le 23, nouvelle *OT négative*, puis 2e *CT* à 5 heures du soir.

Le 24, les piqûres qui ont été ponctiformes sont entourées d'une petite zone rouge, légèrement ovalaire de 1 millim. et demi environ de chaque côté de la plaie.

Le 25, 3e *OT* par le Dr Mantoue avec la tuberculine test de Calmette. Résultat négatif.

Le 29 août, les résultats des deux premières CT ont disparu, il n'en reste plus trace. A 10 h. un quart du matin, on fait pour la troisième fois une *CT*, *soit 8 jours après la TR*.

Le 30 août, à 2 h. trois quarts, résultat positif. Zone triangulaire à sommet supérieur. La base a 1 cent. de large, la hauteur 2 cent. et demi. *Apparence urticarienne* Léger halo.

Obs. 106. Marcelle T., âgée de 7 ans, née le 14 janvier 1900, Angine, puis ultérieurement coqueluche.

CT positive, OT négative.

Venue à l'infirmerie pour angine pultacée.

1re *CT* le 6 décembre 1907, à 9 heures. A 4 heures on peut dire qu'elle sera positive.

Le lendemain, résultat positif s'étendant à 3 millim. de chaque côté des lèvres de la scarification.

OT le 11 décembre, résultat négatif.

2e *CT* le 12 décembre ; le 13, résultat positif à distance, c'est-

dire qu'à 2 millim. au-dessous de l'extrémité inférieure de la scarification on voit une réaction très nette, zone rose indurée, surélevée de 4 millim. de diamètre.

Obs. 107. Georges J., âgé de 7 ans, né le 16 septembre 1900. Hémiplégie. Pas de tuberculose cliniquement décelable.

CT positive, OT et TR négatives.

OT le 23 août, à 8 h. trois quarts du matin, résultat négatif.

CT le 23, à 8 heures, le 24, résultat positif léger. Rougeur s'étendant à 1 millim. et demi de chaque côté des lèvres de la scarification avec induration. Le 26, extension de la zone de réaction qui présente un aspect légèrement urticarien.

Le 28, *aspect nettement urticarien.*

Le 26, on avait pratiqué une TR à 2 décimilligr. à 9 h. et demie, résultat négatif.

Obs. 108. Henri L., âgé de 7 ans, né le 11 juillet 1900. Pneumonie franche. Pas de tuberculose cliniquement décelable.

CT positive et OT négative.

Venu dans le service pour une pneumonie du sommet droit, à évolution normale.

OT le 26 août 1907, à 8 h. trois quarts, résultat négatif.

CT le 26, à 5 heures du soir.

Le 27, début de réaction, très légère rougeur.

Le 28, résultat positif. Rougeur s'étendant à 1 millim. de chaque côté de la scarification. Surélévation, induration.

Le 31 août, apparition de quelques petites papulettes au niveau des bords de la réaction.

Obs. 109. Germaine B., âgée de 8 ans, Broncho-pneumonie.

CT positive, OT négative.

Bronchopneumonie chez une enfant pâle, amaigrie.

1re *CT*, le 6 décembre 1907, à 9 heures du matin. On peut dire à 4 heures qu'elle sera fort probablement positive.

Le 7, résultat positif. Zone indurée, surélevée, s'étendant à 3 millim. de chaque côté des lèvres de la scarification.

OT le 11 décembre, à 8 heures et demie, résultat négatif.

2e *CT* le 13 décembre, résultat positif sensiblement analogue à celui de la 1re CT.

Obs. 110. Camille R., âgée de 8 ans, née le 17 décembre 1899. Pas de tuberculose cliniquement décelable.

CT positive.

Enfant simplement chétive.

CT le 10 août 1907, à 10 heures du matin.

Le 11, à 9 heures, rien.

Le 12, autour des scarifications qui sont ponctiformes on voit une zone rouge avec surélévation de la peau et légère induration.

Le 14 août, induration plus forte.

Obs. 111. Eugénie L., âgée de 8 ans et demi. Oreillons sans tuberculose cliniquement décelable.

CT et TR positives, OT négative.

CT, *OT et TR* à 2 décimilligr., le 6 octobre 1907, à 10 h. trois quarts au même moment.

Le 7, *OT* négative. *CT* positive sous forme d'une zone rouge s'étendant à 2 millim. de chaque côté des scarifications sans surélévation ni induration.

TR positive, car le 6 à minuit, *t*° 38°8.

Le 8, les CT ont progressé. Dimensions, 4 millim. de chaque côté des scarifications. Induration nette.

Obs. 112. Yvonne T., âgée de 4 ans et 10 mois, née le 6 janvier 1903. Sœur de l'obs. 165. Hydrocéphalie, rachitisme léger. Pas de tuberculose cliniquement décelable.

CT, OT, TR positives. Reviviscence de la CT.

Léger gril costal, légère courbure des tibias. Hydrocéphalie, crâne énorme, 0m,57 de tour de tête. Pas de tuberculose décelable.

CT le 8 novembre 1907, à 10 heures du matin.

Le 9, résultat positif intense, taches rouge vif de 1 cent. de large sur 2 de haut. Induration, surélévation.

Le 13 novembre, à 9 heures, OT et TR à 2 décimilligr. faites au même moment. A 6 heures OT positive, rougeur et purulence.

TR positive, à 6 heures, t° 40°2.

Le 14 novembre oculo réaction intense. Injection considérable de la conjonctive. OEdème de toute la paupière inférieure et de toute la paupière supérieure.

Réviviscence de la CT qui se présente sous forme d'une tache rouge vif arrondie de 2 centimètres de diamètre entourée d'un halo de 1 cent. environ.

Le 16, disparition de l'oculoréaction.

Le 18, grosse desquamation à larges écailles de la CT.

Obs. 113. Ernest D., âgé de 2 ans et demi, né le 26 mai 1905. Pemphigus. Pas de tuberculose cliniquement décelable.

CT et TR positives. OT négative.

Ganglions au niveau du cou, dûs fort probablement au pemphigus qui occupait toute la tête de l'enfant.

1re *CT* le 9 décembre 1907, à 9 heures.

Résultat positif le 11 seulement. Zone rose, indurée, surélevée, s'étendant à 2 millim. de chaque côté du trait de scarification.

OT le 11 décembre, résultat négatif.

2e *CT et TR* à 2 décimilligr., le 14 décembre, *faites au même moment*, à 9 heures du matin. *TR* positive le même jour, *t°* 40°, à 9 heures du soir. *CT* positive le 15, comme la première fois, même aspect.

Obs. 114. Louise P., âgée de 8 ans et demi, née le 1er avril 1899. Maladie de Roger. Expiration soufflante.

CT et TR positives. OT négative.

Cyanose intense des lèvres, des doigts, des oreilles et du visage. Doigts hippocratiques. Maladie de Roger.

Au poumon, en avant, au sommet droit, l'expiration est légèrement soufflante.

CT le 18 juillet 1907, à 11 heures du matin.

Le 19 juillet, réaction positive. On voit 3 grosses zones de réaction surélevées, papuleuses, d'un rouge vif, avec, au centre, aspect urticarien. Biopsie le 19.

Le 20 juillet, *TR* à 2 décimilligr.

Réaction positive : t° 39,5, le 21 juillet. De plus, vomissements et céphalée.

Le 26 août, oculo-réaction qui reste négative.

L'enfant quitte le service le 24 septembre ; on voit encore des traces de CT sous forme de taches brunâtres, recouvertes de desquamation.

Obs. 115. Hélène K., âgée de 9 ans, sœur du n° 123, Fanny K. Rien cliniquement.

CT positive, OT et TR négatives.

CT le 31 août 1907, à 9 heures du matin. Résultat positif le soir à 5 heures; à 8 heures, augmentation de la réaction qui s'étend à 2 millim. de chaque côté de la scarification.

Le 1er septembre, même état, surélévation, induration.

La *TR* à décimilligr. et l'*OT* sont restées négatives.

Obs. 116. Suzanne L., âgée de 10 ans. Sœur de l'obs. 120. Céphalée spécifique chez une hérédo-syphilitique, sans tuberculose cliniquement décelable.

CT positive.

CT le 18 juillet 1907, à 1 h. et demie. *Se rapporter à l'observation de sa sœur, Obs.* 120. Même rapidité dans l'apparition.

Le 19 juillet, même description que pour l'obs. 120.

La cutiréaction présente le même aspect, mais les zones de réaction ont évolué plus rapidement, puisque le 19 juillet elles ont les mêmes caractères que celles de Lucie L., ob. 120, à la date du 20 juillet.

Biopsie, le 19 juillet.

L'enfant sort le 25 juillet.

Obs. 117. Léon C., âgé de 11 ans, né le 23 septembre 1896. Angine pultacée. Hypertrophie amygdalienne. Végétations adénoïdes. Pas de tuberculose cliniquement décelable.

CT, OT positives. TR négative, positive ensuite.

Note remise par notre collègue Bord : grosses hypertrophie des amygdales. Végétations adénoïdes. Poussée actuelle d'angine. Rien aux poumons.

1re *CT* le 30 octobre 1907, à 3 h. et demie. Résultat positif le 31. Zone d'un rose tendre légèrement induré, s'étendant à 4 millim. de chaque côté de la scarification.

OT le 2 novembre, à 9 heures, résultat positif moyen le 2, à 3 h. et demie, positif intense le 3, à 11 heures.

1re *TR* à 2 décimilligr. le 3, à 11 h. et demie ; *résultat négatif*, t° maxima, 37,8. Sous l'influence de l'injection, la CT qui était stationnaire subit *une augmentation légère*. Elle s'est augmentée et présente les dimensions suivantes : hauteur, 12 millim., largeur, 15 millim.

2e *TR* à 4 décimilligr., le 8 novembre, à 9 heures, résultat positif, *t°* 38,8, le soir, à 6 heures et à 9 heures.

La CT *subit encore un accroissement*. Elle est, le 9 novembre, de 2 cent. de large sur 2 cent. et demi de haut.

De plus, l'*oculo réaction* qui était complètement disparue au moment de la TR *se présente à nouveau* le 9, avec les caractères qu'elle avait le 3 novembre, à 11 heures.

2e *CT*, le 11 novembre, à 5 heures du soir.

Le 12 novembre, réaction positive avec ses caractères habituels, s'étendant à 3 millim. de chaque côté de la scarification.

Le 13, même chose, mais légère diminution de la rougeur.

3e *CT*, le 27, à 11 h. un quart. Le 28, résultat positif comme ci-dessus, mêmes dimensions.

Obs. 118. André P., âgé de 11 ans et demi, né le 11 mai 1896. Myopathie atrophique progressive.

CT positive. OC et TR négative.

Entré le 25 mai, passe le 31 mai à la scarlatine, revient le 12 juillet à l'infirmerie.

Pas de tuberculose cliniquement appréciable.

CT le 18 juillet 1907, à 11 heures du matin.

Le 19, à 9 heures, début de réaction ; autour de chaque piqûre, zone surélevée, rougeâtre, avec épaississement du derme s'étendant à 2 millim. environ de chaque côté des lèvres de la plaie.

Le 20, zone de réaction augmentée, 4 millim. de chaque côté de la scarification. Surélévation, induration, apparition de 2 ou 3 *papulettes* dans la zone de réaction.

OC le 23 août à 8 h. un quart, résultat négatif.

TR à 2 décimilligr. : résultat négatif.

Obs. 119. Juliette B., âgée de 11 ans. Chorée sans tuberculose cliniquement décelable.

CT et TR positives, OT négative.

1re *CT* le 21 août 1907, à 3 heures un quart.

Le 22, résultat positif léger. Sur une scarification, zone rouge surélevée, indurée, de 1 millim. de chaque côté. Sur l'autre scarification, zone s'étendant à 3 millim. de chaque côté des lèvres de la plaie. Surélévation, induration.

OT le 25, négative.

TR à 2 décimilligr. le 27, à 9 heures, résultat positif.

On a le 28, à 2 heures du matin, 38°2, puis chute de t° à 37, puis à 2 heures de l'après-midi, 38°6.

2e *CT* le 29 août, à 8 h. et demie ; le 30, réaction de 8 millim. de diamètre avec *halo périphérique* et formation de petites papulettes.

Obs. 120. Lucie L., âgée de 12 ans. Sœur de l'obs. 116. Céphalée

spécifique chez une hérédo syphilitique sans tuberculose cliniquement décelable.

CT positive.

CT le 18 juillet 1907, à 1 h. et demie. Le même jour, entre 4 h. et demie et 5 heures, c'est-à-dire 3 heures ou 3 h. et demie après la cutiréaction, on peut soupçonner un résultat positif. Rougeur autour des scarifications à la tuberculine alors que les scarifications témoins n'ont rien.

Le 19 juillet 1907, à 9 heures du matin, réaction grosse comme une lentille.

Le 20, les deux piqûres, la supérieure et l'inféro externe, ont à peu près la grandeur d'une pièce de 0 fr. 20 cent. Élévation et induration de toute la région de réaction. La piqûre inféro-interne est entourée d'une zone rose de la grandeur d'une pièce de 50 cent. ; ce n'est pas une scarification mais une simple piqûre. La surélévation et l'induration sont plus accentuées qu'au niveau des deux autres. Au niveau de cette réaction inférieure deux petites papules.

L'enfant sort le 25 juillet.

Obs. 121. Bathilde C., âgée de 12 ans, née le 25 mai 1905. Syphilis acquise à la période secondaire.

CT et TR positives, OT négative d'abord, positive ensuite.

Examen clinique. — Enfant atteinte de syphilis acquise à la période secondaire sans qu'on ait pu découvrir l'accident initial. Alopécie considérable, calvitie presque complète. Nombreuses plaques muqueuses au niveau des faces internes des joues, à la face antérieure de la luette et sur les amygdales.

Depuis le 7 mai, date de son entrée, a été à plusieurs reprises traitée par des injections mercurielles.

Vers le 10 juillet 1907, apparaît une pigmentation bronzée au niveau du cou.

1re *CT* le 15 juillet à 4 h. et demie.

Le 16 juillet au matin, résultat positif. Zone rose s'étendant

1 millim. et demi environ de chaque côté de la scarification. Surélévation. A 3 h. et demie, augmentation de la zone de réaction, induration, tendance à la papulisation, léger halo de quelques millimètres.

Le 9 août, c'est-à-dire 24 jours après la 1re CT qui est encore visible, on fait une *TR* à 1 décimilligr. Réaction positive en deux temps. Le 9 août, à 7 heures du soir, t° 37,9, à 10 heures, 37°1, puis la température remonte progressivement et atteint son maximum, soit 38°9, le 10 août, à 7 heures du soir.

OT le 19 août. Une première OT faite par le Dr Mantoue avec la solution de tuberculine test de Calmette était restée négative. On fait l'OT avec la solution mère de l'Institut Pasteur de Paris. Le soir, à 5 h. et demie, réaction positive d'intensité moyenne.

2e *CT* le 26 août, à 5 h. et demie, *c'est-à-dire 17 jours après la TR.*

Le 27 août, à 8 h. et demie du matin, résultat nettement positif. Les scarifications avaient été ponctiformes. On note zone rouge vif de 7 millim. de diamètre, *donc réaction plus forte que la première fois.*

Le 28 août, même état; mais autour de la scarification on note léger soulèvement de l'épiderme que l'on peut décoller avec la pointe d'une aiguille.

Le 29, dimiuution dans l'étendue et dans l'intensité. Zone d'un rose très atténué s'étendant à 1 millim. et demi environ de chaque côté des lèvres de la scarification.

Le 31, presque plus rien. Très légère rougeur à peine visible.

Obs. 122. Georges R., âgé de 13 ans, né le 4 juillet 1903. Angine simple pultacée chez un adénoïdien probable sans tuberculose cliniquement décelable.

CT, OT, TR positives. Reviviscence de la CT.

CT le 30 octobre 1907, à 3 h. et demie. Le 31, résultat positif. Réaction forte. Rougeur vive s'étendant à 4 millim. de chaque

côté des lèvres de la scarification. Petites papulettes sur la réaction qui est indurée et surélevée.

OT le 2 novembre, à 9 heures. Début à 3 h. et demie. Résultat positif net moyen le 3, à 11 h. et demie.

TR à 2 décimilligr. le 3 novembre, à 11 h. et demie. Début le 3, à 6 heures, t° 38,5, résultat nettement positif le 4, t° de midi à minuit 39,5. L'injonction de tuberculine a provoqué une *reviviscence de la cuti* qui se présente le 4 au matin avec une largeur de 1 cent. et demi. Elle était stationnaire depuis la veille quand on a fait la TR.

Obs. 123. Fanny K., âgée de 13 ans, née le 15 mai 1894. Sœur de l'obs. 115. Psoriasis sans tuberculose cliniquement décelable.

CT et TR positives, OT négative. Reviviscence de la CT.

Le 21 août 1907, à 3 h. et demie *CT*.

Le 22, à 9 heures, réaction légère. Zone rose de 2 millim. de chaque côté des lèvres de la plaie.

OT le 23 août. Résultat négatif.

Le 26, à 9 h. et demie, *TR* à 2 décimilligr.

Le 27, maux de tête. Courbature. Douleur au niveau de la piqûre sans rougeur. A 6 heures du soir, résultat positif, t° 39,2.

Le 28, *augmentation* de la *CT sous l'influence de la TR*.

La zone rose s'est étendue de 3 millim. environ de chaque côté. Teinte rouge plus intense.

Pas d'influence de la TR sur les plaques de psoriasis.

Obs. 124. Eugène P., né le 6 juin 1893, âgé de 14 ans et demi. Convalescent de rhumatisme articulaire subaigu et pieds plats.

CT et TR positives, OT négative.

Enfant gros, solidement bâti, paraissant bien portant. Pas de tuberculose cliniquement décelable. Aurait eu deux attaques de rhumatisme ; quelques craquements articulaires au niveau du coude droit. Rien au cœur.

Se plaint de douleurs au niveau des deux articulations tibiotarsiennes. Pieds plats.

Envoyé par son agence pour être dirigé sur Bourbon-Lancy.

CT le 16 août 1907, à 9 h. et demie du matin.

Le 17, résultat positif. Taches rouges surélevées indurées.

Forte réaction, dimensions : 7 à 8 millim. de large sur 1 cent. de haut.

OT négative.

TR à 2 décimilligr. résultat positif, t° 39,8.

Obs. 125. Louise B., âgée de 15 ans, née le 17 juillet 1892. Syphilis acquise. Pas de tuberculose cliniquement décelable.

CT positive.

A. H. Père mort poitrinaire à 43 ans. Mère actuellement âgée de 50 ans, atteinte de bronchite chronique. A 3 sœurs et 2 frères tous bien portants.

A. P. toujours bien portante. Un peu d'enrouement datant de plusieurs années.

Examen clinique. — Enfant solide, bien bâtie. Pas de tuberculose. Pigmentation spécifique presque généralisée. Nombreuses lésions de grattage.

CT le 6 août 1907, à 4 h. et demie.

Le 6, résultat douteux.

Le 7, résultat positif. Les 3 scarifications sont entourées d'une zone rouge vif très étroite avec légère induration du derme.

Le 10 août, augmentation de ces réactions. Etendue 2 millim. et demi de chaque côté des scarifications. Induration. Surélévation.

Obs. 126. Fernande B., âgée de 16 ans, née le 26 décembre 1891. Anémie.

CT très légère positive. TR négative.

Anémie légère. Enfant pâle. Rien aux poumons.

Au cœur, souffle inorganique, mésosystolique perceptible le long du bord droit du sternum.

CT le 29 août, le 30, réaction légère.

Le 30, *TR* à 2 décimilligr. Résultat négatif.

Obs. 127. Blanche S., âgée de 18 ans, née le 13 janvier 1889. Anémie légère sans tuberculose cliniquement appréciable.

CT et TR positives.

CT le 26 juillet 1907 à 4 h. et demie.

Le 27, résultat positif, réaction teinte rose avec surélévation et induration.

Le 29, même état, induration plus nette. Extension de la zone à 4 millim. de chaque côté des lèvres de la plaie.

TR, la température atteint 39°, réaction positive par suite de l'injection.

Obs. 128. Renée C., âgée de 19 ans. Convalescence de fièvre typhoïde sans tuberculose cliniquement décelable.

CT et TR positives, OT négative.

Jeune fille fatiguée par une fièvre typhoïde ayant duré 2 mois. En convalescence depuis six semaines.

Rien aux poumons.

CT le 13 octobre 1907, à 10 heures.

Le 14, réaction positive sous forme de trois plaques rouges, larges de 1 cent. sur 2 centimètres de haut, avec au centre, *apparence urticarienne*.

Le 15, même état, mais *halo périphérique*.

OT le 18 octobre, à 8 heures, résultat négatif.

TR à 2 décimilligr. le 18 octobre, à 8 h. et demie, résultat positif le 19 à 6 heures du soir 39°5 avec sensation de fatigue et de courbature.

Obs. 129. Raymonde C., âgée de 21 ans. Tuberculose pulmonaire.

CT et OT négatives.

A. P. Bien portante jusqu'à 16 ans. Réglée à cet âge, puis à

17 ans reste 18 mois sans être réglée. Est soignée à cette époque pour anémie à l'hôpital d'Auxerre où elle reste 7 mois. Pointes de feu au sommet droit. Est dirigée sur Berck et y reste 11 mois. Pendant son séjour, pleurésie gauche, durée de la maladie 4 mois. Rentre à Auxerre et passe 5 mois à l'hôpital pour une brûlure aux mains. Enfin, en 1906, est envoyée à Dôle de juin à octobre et depuis octobre est veilleuse à l'Isolement aux Enfants Assistés.

Entre à l'infirmerie, le 6 juin 1907, pour brûlures légères. Température 38°.

Poumons : A droite en arrière au sommet matité et quelques râles de bronchite. A gauche, la respiration est humée saccadée. Puis rapidement, à gauche d'abord, et en arrière apparaissent des bouffées de râles fins, perceptibles seulement pendant l'inspiration forte. Quelques jours après, en arrière, dans la fosse sus-épineuse à droite, des bouffées semblables de râles identiques avec matité à ce niveau.

La température s'élève progressivement, présente de grandes oscillations, offre le type de la fièvre hectique et la malade anorexique maigrit et se cachectise. Elle tousse peu, transpire abondamment, vomit facilement.

CT le 15 juillet 1907, à 3 h. un quart. La nuit du 15 au 16 a été mauvaise, orageuse et chaude. La malade a eu une élévation de température atteignant 41°, de la diarrhée, des vomissements, des sensations de gêne et d'étouffement.

Le 16 juillet au matin, très légère rougeur autour des scarifications, elle a disparu à 3 heures. Pas d'induration.

Nous considérons cette *CT comme négative.*

Le 23 août *OT* à 8 h. trois quarts résultat négatif.

Pas de TR à cause de l'état des poumons.

Examen *le 27 août* au départ pour la Lysolle. Amélioration légère, la malade n'a plus de fièvre. Appétit meilleur. Augmentation de poids de 500 grammes depuis le 6 juin.

Poumons : en arrière, à gauche, au sommet submatité, respi-

ration humée saccadée. A droite, matité, diminution du murmure vésiculaire, quelques râles fins en faisant tousser.

En avant, submatité des deux côtés au sommet. A droite, respiration humée.

Obs. 130. Georges L., âgé de 2 ans. Tuberculose pulmonaire. Otite chronique suppurée.

CT négative. Décès sans autopsie.

Enfant atteint de tuberculose pulmonaire à la période du ramollissement avec otorrhée double chronique. Cachexie extrême. OEdème cachectique des membres inférieurs.

Fièvre à grandes oscillations.

Meurt le 11 août 1907 après avoir passé un an dans le service.

CT le 26 juillet, à 4 h. et demie.

Résultat négatif.

Pas d'autopsie.

Obs. 131. Lucien G., âgé de 10 ans et 10 mois, né le 25 janvier 1897. Tuberculeux pulmonaire douteux. Végétations adénoïdes.

CT, OT, TR toutes trois négatives.

Submatité aux deux sommets avec très légère diminution du murmure vésiculaire chez un enfant porteur de grosses amygdales avec végétations adénoïdes.

CT et TR à 2 décimilligr. le 3 octobre au même moment, à 9 h. et demie toutes deux négatives.

OT le 6 octobre, à 10 h. trois quarts, négative.

Obs. 132. Charles A., âgé de 7 ans, né le 19 juillet 1900. Rachitisme léger. Mycropolyadémie. Adénopathie trachéo-bronchique.

CT négative. Tuberculose pulmonaire douteuse.

Examen clinique. — Enfant petit, maigre, pâle, légèrement rachitique. Ganglions inguinaux, petits, durs, roulant sous le doigt. Rien aux aisselles, sauf à droite un ganglion gros et dur en

rapport avec une ulcération banale infectée au niveau du mamelon droit.

Auscultation : à droite, matité du sommet, matité au niveau du hile, diminution de la respiration dans toute la hauteur du poumon droit.

A gauche, respiration soufflante au niveau du hile.

CT le 18 juillet 1907, à 11 heures du matin.

Résultat négatif.

Obs. 133. Henri D., âgé de 7 ans et demi, né le 9 septembre 1899. Adénopathie trachéobronchique. Matité et obscurité respiratoire au sommet droit. Micropolyadénie.

OT, CT et TR toutes trois négatives.

Examen clinique. — Enfant petit, pâle. Porte à l'extrémité extrême de la clavicule une cicatrice longue de 2 centim. et une autre cicatrice au niveau de la face palmaire de la première phalange du pouce droit. Aurait eu en cet endroit un « bobo » qui a suppuré pendant plus d'un mois.

Circulation collatérale veineuse très développée sur la partie antérieure du thorax à droite. Réseau bleuté occupant en hauteur toute la partie comprise entre le mamelon et la clavicule.

Au pied droit, rétraction plantaire, légère claudication, pied en équinisme.

Aux aines, aux aisselles, à la nuque, petits ganglions durs, nombreux, roulant sous le doigt.

Poumons : Percussion à droite, au sommet en arrière, matité très nette et résistance au doigt. Submatité du même côté dans la région interscapulaire.

Auscultation : à droite, respiration soufflante en arrière, au niveau de la submatité dans la région interscapulaire. Entre le hile et la base, diminution considérable du murmure vésiculaire. A gauche, râles de bronchite disséminés dans toute la hauteur du poumon.

CT le 16 juillet 1907. Résultat négatif.

OT résultat négatif.

TR à 1 décimilligr., résultat négatif.

Obs. 134. Jules L., âgé de 10 ans, né le 26 décembre 1897. Végétations adénoïdes et tuberculose pulmonaire probable au début.

CT et TR négatives. OT positive.

Examen clinique. — Enfant bien constitué chez lequel cependant il y a lieu de soupçonner la bacillose pulmonaire du fait des symptômes fournis par l'auscultation et la percussion.

Poumons : En arrière, des deux côtés, matité au sommet sur une hauteur de 4 travers de doigt. Respiration rude et soufflante à droite, en faisant tousser le malade, on note quelques râles au sommet. En avant et à droite, matité et inspiration rude humée se faisant en deux temps. A gauche, rien. Pas de bacilles. Examen laryngologique par notre collègue M. Bord : hypertrophie énorme des amygdales avec maxima à droite. Végétations adénoïdes très volumineuses. Otite moyenne catarrhale légère bilatérale.

OT faite par le Dr Mantoue avait été positive.

CT le 29 août 1907, à 1 h. et demie ; résultat négatif.

TR le même jour à 10 h. et demie du matin à 2 décimilligr Résnltat négatif.

Obs. 135. Georges Z., âgé de 14 ans, né le 1er juillet 1893. Submatité au sommet droit, respiration humée, inspiration saccadée.

CT négative.

A. P. Aurait eu le croup, la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde. Envoyé pour « prétuberculose ».

Examen clinique. — Enfant grand et maigre. Testicules petits comme ceux d'un enfant de 3 ou 4 ans.

Légère submatité en arrière au sommet droit.

Auscultation : rien à gauche. A droite, en arrière, respiration humée, inspiration saccadée.

CT le 12 juillet 1907, à 5 h. trois quarts.

Résultat négatif.

Obs. 136. René M., âgé de 7 mois. Mal de Pott ou rachitisme.

CT négative.

Parents bien portants. Il est le premier enfant, venu à terme, actuellement constipé selon son habitude. N'a pas de dents, a été nourri au sein mais mal réglé.

C'est un malade de la ville adressé par le Dr Veau avec le diagnostic : rachitisme ou mal de Pott.

CT le 24 août 1907, à 11 heures du matin ; résultat négatif.

Obs. 137. Constant V., âgé de 5 ans et demi, né le 14 juillet 1902. Ganglions cervicaux. Pas de tuberculose.

CT et TR négatives.

Enfant venu pour ganglions cervicaux de nature indéterminée probablement dus à une angine récente.

Pas de tuberculose cliniquement décelable.

Le 9 octobre 1907 *CT* et *TR* faites toutes deux en même temps à 10 h. et quart, la *TR* à 2 décimilligr.

Résultats négatifs.

Obs. 138. Juliette W., âgée de 6 ans et demi. Coxalgie probable.

CT négative.

Malade de la ville adressée par le Dr Veau.

Enfant se plaignant de douleurs au niveau de la hanche. Coxalgie probable.

CT le 13 août 1907, à 11 h. et demie.

Le 16 août résultat négatif.

Obs. 139. René B., âgé de 6 ans et demi. Ostéite de nature indéterminée.

CT négative.

Enfant du Pavillon Verneuil adressé par notre collègue Desmoulins. Malade depuis 2 ans. Ostéite de l'extrémité inférieure du fémur gauche. Douleur et gonflement de la région.

Rien aux poumons. On hésite entre une ostéomyélite chronique ou une ostéite bacillaire.

CT le 13 octobre 1907, à 10 h. et demie.

Résultat négatif le 15 et le 16.

Obs. 140. Lucien G., âgé de 3 ans. Lésions cutanées de nature indéterminée.

CT et OT négatives.

L'enfant porte à la face interne de la fesse droite autour de l'anus un placard rouge surélevé induré sans aspect caractéristique. Notre collègue Ferrand hésite entre la nature tuberculeuse ou syphilitique de cette lésion.

CT le 2 novembre 1907, à 4 heures, résultat négatif.

OT le 6 novembre, à 8 h. et demie, résultat négatif.

Enfant du Pavillon Pasteur on ne peut découvrir de syphilis chez le père ou chez la mère.

Obs. 141. Louis L., âgé de 8 ans. Appendicite à répétition.

CT et OT négatives.

Malade du pavillon Verneuil, service du Dr Jalaguier, adressé par le Dr Veau.

Cet enfant a été à plusieurs reprises atteint de crises d'appendicite presque sans température. On se demande si on n'est pas en droit de soupçonner la nature tuberculeuse de ces appendicites.

OT le 17 septembre 1907, à 8 h. et demie, résultat négatif.

CT le 17 septembre, à 4 h. et demie, résultat négatif.

Obs. 142. Julien R., âgé de 13 ans et demi, né le 16 novembre 1893. Asthme par adénopathie trachéo-bronchique.

CT, OC, TR toutes trois négatives.

Fréquentes attaques de dyspnée nocturne. Considéré par le Pr Hutinel comme un enfant atteint d'asthme par adénopathie trachéo-bronchique. Matité au niveau des hiles, en arrière. Respiration légèrement soufflante à ce niveau.

CT le 24 juillet 1907, à 2 h. et demie; résultat négatif.

TR le 5 août 1907, à 1 décimilligr., résultat négatif.

OT par le Dr Mantoue, résultat négatif.

Obs. 143. Paul D., âgé de 1 an et 3 mois, né le 21 septembre 1906. Gastro-entérite et bronchopneumonie

CT négative. Décès sans autopsie.

Enfant venant de Thiais avec diarrhée verte, selles glaireuses. Broncho-pneumonie à foyer situé à la base gauche.

CT le 11 décembre 1907 à 3 heures du soir.

Décès le 13 décembre à 4 heures du soir.

Pas d'autopsie.

Obs. 144. Camille C. (fille), âgée de 1 an et 3 mois, née le 28 septembre, 1906. Broncho-pneumonie droite.

CT négative.

Râles crépitants disséminés dans toute la poitrine avec souffle à la base droite. Battements des ailes du nez. Cyanose légère.

CT le 11 décembre 1907, à 3 heures, résultat négatif.

Obs. 145. Suzanne D., âgée de 4 ans et demi, sœur de l'obs. 259. Broncho-pneumonie.

CT, TR et OT négatives.

1re *CT* le 9 décembre 1907, résultat négatif.

OT le 11 décembre 1907, résultat négatif.

2e *CT* et *TR* à 2 décimilligr. le 14 décembre, faites au même moment, à 9 heures du matin. Toutes deux négatives.

Obs. 146. Madeleine H., âgée de 1 an et demi, née le 13 juillet 1906. Convalescente de gastro-entérite. Ulcération du cou.

CT, TR, OT négatives.

L'enfant, à la suite d'impétigo de la tête, s'est infectée à la nuque et porte une ulcération superficielle de la grandeur d'une pièce de 2 francs et qui guérit au moyen d'un traitement approprié.

1re *CT* le 9 décembre 1907, négative.

OT le 11 décembre 1907, négative.

2e *CT et TR* à 2 décimilligr., faites toutes deux au même moment, le 14 décembre. Toutes deux négatives.

Obs. 147. Jeanne F., âgée de 8 ans et demie, née le 11 mai 1899. Douleurs rhumatismales au niveau des deux poignets.

CT négative.

Les deux poignets sont œdematiés, augmentés de volume sans rougeur. Douleurs spontanées et à la pression ainsi qu'à la mobilisation. Rien au cœur. Température 37°9. Rien aux autres articulations.

CT le 2 novembre 5907 à 4 heures, résultat négatif.

Enfant du Pavillon Pasteur.

Passée aux Enfants Malades pour scarlatine.

Obs. 148. Eugénie P., âgée de 15 ans et demi, née le 18 janvier 1892. Scapulalgie droite.

CT, OT, TR négatives.

Enfant souffrant de douleurs au niveau de l'épaule droite sans craquements, sans qu'on puisse rien trouver.

Rien aux poumons. Pas de tuberculose cliniquement décelable.

OT le 18 octobre 1907, à 8 heures, résultat négatif.

CT le même jour à 4 heures, résultat négatif.

TR à 2 décimilligr. le 24 octobre, résultat négatif.

Obs. 149. Roger L., âgé de 2 ans, né le 1er octobre 1905. Rachitisme léger et diarrhée infantile.

CT et OT négatives.

OT le 18 octobre 1907, à 8 heures, résultat négatif.

CT le même jour, à 4 heures, résultat négatif.

Obs. 150. Laurence B., âgée de 6 ans, né le 2 mai 1901. Convalescence de scarlatine, sans tuberculose cliniquement décelable.

CT, OT, TR négatives.

OT le 18 octobre 1907, à 8 heures, résultat négatif.

CT le même jour, à 4 heures, résultat négatif.

TR à 2 décimilligr., deux jours après. Pas de réaction.

Obs. 151. Marie G., âgée de 1 an et 10 mois, née le 23 février 1905. Pneumonie franche aiguë du sommet droit.

CT et OT négatives.

OT le 18 octobre 1907, à 8 heures, résultat négatif.

CT le même jour, à 4 heures, résultat négatif.

Obs. 152. Roger P., âgé de 1 an. Diarrhée infantile.

CT négative.

CT le 21 août 1907, à 3 h. et demie.

Obs. 153. Yves A., âgé de 1 an. Diarrhée verte et micropolyadénie. Mort de Bronchopneumonie.

Deux CT et une OT négatives.

Pas d'autopsie.

Enfant petit, pâle, chétif, avec de nombreux ganglions durs, petits, roulant sous le doigt au niveau des aines, des aisselles, de la nuque.

Entre, le 30 mai, pour diarrhée verte.

1re *CT* le 27 juillet 1907, à 11 h. et demie, résultat négatif.

Il sort le 1er août puis revient quelques jours après pour reprise de diarrhée verte. Enfant considérablement amaigri, cachectique.

OT négative.

2e *CT* le 14 août 1907, résultat négatif.

L'enfant meurt, le 4 septembre 1907, de bronchopneumonie.

Pas d'autopsie.

Obs. 154. Marthe D., âgée de 1 an, née le 4 novembre 1908. Diarrhée verte et rachitisme léger.

CT, OT, TR négatives.

En plus de la diarrhée verte et du rachitisme, l'enfant présentait quelques râles des deux côtés des poumons vers les bases.

OT le 6 novembre 1907, à 8 heures, résultat négatif.

CT le 11 novembre, à 5 heures, résultat négatif.

2e *CT et TR* à 2 décimilligr. le 25 novembre, toutes deux négatives.

Obs. 155. René B., âgé de 1 an et 1 mois, né le 24 juillet 1906. Diarrhée infantile.

CT négative, OT positive.

Simple diarrhée infantile. Pas de soupçon de tuberculose.

CT le 14 août 1907, à 3 h. et demie, résultat négatif.

Une *OT* pratiquée par le Dr Mantoue avait été positive.

Obs. 156. Raymond B., âgé de 13 mois. Diarrhée infantile.

CT négative.

Obs. 157. Jacques-Marcel R., âgé de 13 mois, né le 21 octobre 1906. Enfant chétif sans tuberculose.

CT et TR négatives.

CT et TR à 2 décimilligr. faites toutes deux au même moment, le 20 novembre 1907, à 9 h. et demie, toutes deux négatives.

Obs. 158. Georgette R., âgée de un an et un mois, née le 12 juin 1906. Idiotie et strabisme. Erythème des fesses. Pas de tuberculose cliniquement décelable.

CT négative.

Obs. 159. André B., âgé de 1 an et 1 mois, né le 24 juin 1906. Diarrhée verte.

CT négative.

Obs. 160. Alexandre K., âgé de 1 an et 4 mois, né le 14 mars 1906. Anémie post-digestive.

CT négative,

Enfant pâle, amaigri, aux téguments mous, atteint d'anémie post-digestive (malade du Dr L. J. Tixier). Pas de signe de tuberculose.

Obs. 161. Yvonne B., âgée de 3 ans, née le 6 décembre 1904. Bronchite légère, constipation, vulvite.

CT, OT, TR négatives.

CT le 30 octobre 1907, à 3 h. et demie. Le 31, au matin, légère rougeur sans surélévation et *sans induration*. Cette rougeur n'existe plus le 1er novembre, *donc réaction nulle négative*.

OT le 2 novembre, à 9 heures du matin, résultat négatif.

TR à 2 décimilligr., le 3 novembre, à 11 h. et demie, résultat négatif.

Obs. 162. Marie C., âgée de 15 mois, née le 11 avril 1906. Gastroentérite. Diarrhée verte. Pas de tuberculose cliniquement décelable.

CT négative.

Obs. 163. Edouard L., âgé de 1 an et demi, né le 6 février 1906. Gastroentérite à répétition. Rachitisme. Polymicroadénie.

CT négative.

Enfant venu plusieurs fois pour gastroentérite. Pâleur, amaigrissement. Nombreux ganglions durs, petits, roulant sous le doigt au niveau de l'aine, de l'aisselle, de la nuque, gros ventre, grill costal, incurvation des tibias.

Obs. 164. Jeanne C., âgée de 1 an 10 mois, née le 9 fé-

vrier 1906. Bronchopneumonie et adénopathie trachéobronchique.

CT et OT négatives.

Entrée à l'infirmerie le 2 novembre 1907, venant de la crèche, Bronchopneumonie gauche, souffle à la base avec râles crépitants dans tout le poumon de ce côté. Dyspnée, t° 39,5 ; à droite, submatité au niveau du hile entre les deux omoplates, léger souffle à la racine de la bronche. Défervescence le 8.

OT le 8 novembre, à 10 heures. Le 9, petites taches ecchymotiques de 1 millim. de diamètre *sans induration, donc résultat négatif.*

OT le 6 novembre, résultat négatif.

Obs. 165. Raymonde T., âgée de 2 ans, née le 11 décembre 1905, sœur de l'obs. 112. Rachitisme et adénopathie trachéobronchique.

CT et TR négatives.

Souffle léger à la racine des bronches, surtout à gauche ; matité au niveau du hile. Rachitisme : chapelet costal, incurvation légère des tibias.

CT le 11 novembre 1907. Résultat négatif.

Le 14, l'enfant fait une légère poussée de bronchopneumonie droite.

TR le 29 novembre, à 9 heures du matin (2 décimilligr.), résultat négatif.

Obs. 166. Pierre G., âgé de 2 ans, né le 14 juillet 1905. Sclérose cérébrale sans tuberculose cliniquement décelable.

CT, OT, TR négatives toutes trois.

TR le 21 août 1907, à 9 h. et demie du matin, à 2 décimilligr., réaction négative.

Le 23 août *OC* à 8 h. trois quarts, négative le 23 et le 24.

Le 26 août, *CT* à 5 heures, résultat négatif.

Obs. 167. Jean B., âgé de 2 ans, né le 25 août 1905.

Bronchopneumonie suite de rougeole. Décès sans autopsie.

CT négative.

Entré à la rougeole le 12 août 1907.

Bronchopneumonie le 18 août.

CT le 19, à 1 heure de l'après-midi, de plus, injection intraveineuse de 5 cent. cubes de collargol.

Décès le 23, à 11 heures du matin.

Pas d'autopsie.

Obs. 168. Maurice R., âgé de 2 ans, né le 21 juin 1905. Micropolyadénie. Râles de bronchite disséminés.

CT négative.

Enfant maigre, pâle, présentant de la micropolyadénie cervicale, axillaire et inguinale.

A l'auscultation, quelques râles de bronchite disséminés.

CT le 12 juillet 1907, à 5 heures trois quarts du soir.

Résultat négatif.

Obs. 169. Marie-Louise G., âgée de 2 ans et demi, née le 9 février 1905. Sœur jumelle de l'obs. 195. Déformation crânienne. Rien cliniquement.

CT, OT, TR toutes trois négatives.

A part une déformation crânienne bizarre consistant en une sorte d'aplatissement de la boîte dans le sens antéro postérieur, l'enfant ne présente rien de particulier.

CT le 16 juillet 1907, à 3 heures. Résultat négatif.

L'enfant a ensuite la varicelle.

OT le 23 août 1907, à 8 h. trois quarts, résultat négatif.

TR le 26 août à 2 décimilligr., résultat négatif.

Obs. 170. Germaine T., âgée de 2 ans et demi, née le 9 mars 1905. Bronchopneumonie chez un enfant rachitique.

CT, TR, OT négatives.

Entre à l'infirmerie le 31 octobre 1909, venant du Lazaret avec une température de 40°6.

Rachitisme, purpura léger. Vulvite. Bronchopneumonie qui est d'abord localisée au poumon droit et à la base gauche, puis qui envahit les deux poumons.

CT le 2 novembre, à 9 heures du matin, résultat négatif.

CT le 2 novembre, à 3 h. et demie du soir, résultat négatif.

TR à 2 décimilligr. le 17 novembre, résultat négatif.

Obs. 171. Suzanne L., âgée de 2 ans et demi, née le 4 mars 1906. Anémie post-digestive. Micropolyadénie.

CT OT négatif TR positive.

Enfant venue à plusieurs reprises pour diarrhée verte. Anémie et pâleur extrême. Petits ganglions durs roulant sous le doigt au niveau de la nuque, des aisselles et des aines. Bien qu'on ne trouve rien à l'auscultation, l'enfant a tout à fait l'aspect d'un tuberculeux.

1re *CT* le 10 août 1907, à 10 heures, résultat négatif.

2e *CT* le 21 août, à 3 h. et demie, résultat négatif.

1re *OT* le 23 août, à 8 h. trois quarts, résultat négatif.

2e *OT* le 10 octobre, à 8 heures, résultat négatif.

TR à 1 décimilligr. le 18 octobre, résultat positif, t° le 19, à 6 heures du soir, 38°3.

Obs. 172. Marcel R., né le 7 avril 1905, âgé de 2 ans et demi. Rachitisme léger. Gastroentérite.

CT, OT, TR négatives.

OT le 2 novembre 1907, résultat négatif.

CT le 2 novembre 1907, résultat négatif.

TR à 2 décimilligr., le 8 novembre, à 9 heures, résultat négatif.

Obs. 173. Robert V., âgé de 3 ans, né le 26 octobre 1904. Rachitisme léger.

CT négative.

Rachitisme léger, gros ventre dû à une entérite ancienne aujourd'hui guérie. Pas de ganglions dans les aines ni dans les aisselles. Légère incurvation des tibias. Pas de chapelet costal.

Obs. 174. Madeleine B., âgée de 3 ans, née le 8 décembre 1904. Bronchite généralisée.

CT et OT négatives.

CT le 2 décembre et le 6 décembre 1907, négative.

OT le 6 décembre, négative.

Obs. 175. Marcelle C., âgée de 3 ans, née le 8 août 1904. Enfant constipé avec élévation de température.

Micropolyadénie.

CT négative.

Examen. — T° 40°. Constipation, matières dures au niveau du cœcum. Petits ganglions durs, roulant sous le doigt, au niveau de la nuque, des aisselles et des aines. Des lavages d'intestins ramènent des matières fécales ovillées, dures, noires, légèrement fétides et font tomber la t°.

Obs. 176. Marcel C., âgé de 4 ans, né le 13 juillet 1903. Constipation. Pas de tuberculose.

CT négative.

Enfant constipé depuis quelques jours, quelques selles rares, dures, fétides. Lavages d'intestin. Pas de tuberculose cliniquement décelable.

Obs. 177. Maurice M., âgé de 5 ans. Idiotie.

CT négative.

Obs. 178. Marguerite C., âgée de 5 ans. Asystolie.

CT négative.

CT faite le 13 octobre 1907, à 10 h. et demie. Résultat négatif.

L'enfant meurt le 20 octobre, sans autopsie.

Obs. 179. Charles S., âgé de 9 ans, né le 1er janvier 1899. Pancardite d'origine rhumatismale, ascite et hydrothorax nécessitant de fréquentes ponctions.

CT, OT, TR négatives.

1re *CT* le 21 août 1907, à 3 h. un quart, résultat négatif.

1re *OT* le 23 août, résultat négatif.

TR à 2 décimillligr., le 27 août, résultat négatif.

2e *CT* le 29 août, soit 2 jours après la TR, résultat négatif.

2e *OT* négative le 17 décembre 1907.

Obs. 180. Christiane M., âgée de 5 ans et 3 mois, née le 13 août 1902. Bronchite légère.

CT et TR négatives, OT positive.

CT et TR à 2 décimilligr. faites en même temps le 20 novembre 1907, à 9 h. et demie. Toutes deux négatives.

CT le 25 novembre, début de résultat positif le soir à 6 heures.

2e *CT* le 26 novembre, à 11 h., résultat négatif.

Obs. 181. Ernest L., âgé de 5 ans et 3 mois, né le 12 mai 1902, Hydarthrose du genou sans tuberculose décelable.

OT, CT, TR négatives.

Le 26 août 1907, on pratique :

OT à 8 h. trois quarts, *TR* à 2 décimilligr. à 9 h. et quart. *CT* à 4 heures et demie.

Toutes trois sont négatives.

Obs. 182. Georges T., âgé de 6 ans 4 mois, né le 21 mars 1891. Douleurs rhumatismales. Pieds plats.

CT négative.

Le malade prétend avoir eu des crises de rhumatisme subaigu. Rien aux articulations. Rien au cœur. Pieds plats.

Obs. 183. Claire B., âgée de 6 ans et demi, née le 24 septembre 1900. Idiotie et attaques d'épilepsie. Pas de tuberculose cliniquement décelable.

CT négative.

Obs. 184. Lucie G., âgée de 8 ans, née le 26 octobre 1899. Fièvre typhoïde.

CT négative et OT négative.

Obs. 185. Jeanne P., âgée de 12 ans, née le 24 octobre 1905. Angine.

CT, OT, TR négatives.

CT le 2 novembre, 1907 à 3 h. et demie, résultat négatif.

TR à 2 décimilligr., à 11 h. et demie, le 3 novembre, résultat négatif.

OT le 6 novembre, résultat négatif.

Obs. 186. André D., âgé de 12 ans et demi. Anémie légère. CT, OT, TR négatives.

Enfant abandonné par ses parents comme étant tuberculeux. Enfant pâle, grand, maigre, sans tuberculose cliniquement décelable.

Obs. 187. Georges L., âgé de 12 ans et demie; né le 4 décembre 1894. Crises d'épilepsie. Pas de tuberculose cliniquement décelable.

CT négative.

L'enfant est sujet à des crises d'épilepsie semblant revenir périodiquement tous les mois. Pas de tuberculose.

CT le 24 juillet 1907, à 2 h. et demie.

Obs. 188. Emile-Gabriel C., âgé de 12 ans et demi, né le 29 juin 1895. Angine érythémateuse légère.

CT, OT, TR négatives.

Pas de tuberculose cliniquement décelable. Enfant bien constitué.

OT le 2 novembre 1907, à 9 heures, résultat négatif.

CT le 2 novembre, à 11 h. et demie, le 3, légère rougeur de 1 millimètre, mais *sans induration, sans surélévation ; résultat négatif.*

TR à 2 décimilligr., le 6 novembre, résultat négatif. A pré-

senté un placard rouge induré, sensible, douloureux, au niveau du point où a porté l'injection de tuberculine sous-cutanée négative.

Obs. 189. Emile, âgé de 14 ans et demi. Angine et cataracte congénitale gauche. Pas de tuberculose cliniquement décelable.

CT négative.

Obs. 190. Lucie P., âgée de 15 ans, née le 6 mars 1898. Anémie douteuse.

CT, TR et OT négatives.

Enfant bien constituée, envoyée comme anémique. Pas de symptômes d'anémie, pas de tuberculose cliniquement décelable.

Examen du sang fait par le Dr Nobécourt.

Gl. R. 6.231.000.

Gl. Bl. 6.634.

Hémoglobine 85.

Le 21 août, à 9 h. et demie, *TR* à 2 décimilligr. Résultat négatif.

Le 23, *OT* et *CT* à 8 h. trois quarts, toutes deux négatives.

Obs. 191. Louise J., âgée de 17 ans, née le 3 septembre 1892. Anémie légère. Pleurésie ancienne.

CT, OT, TR, négatives.

Anémie légère chez une grosse fille solidement bâtie. Pleurésie à l'âge de 3 ans, dont on ne retrouve plus traces. Rien aux poumons.

Réglée à 13 ans. Perd peu. Règles tous les 15 jours.

CT le 8 novembre 1907, à 10 heures du matin. Le 9, petites taches ecchymotiques de 1 millim. de diamètre, *sans induration donc résultat négatif*.

OT le 6 novembre, résultat négatif.

TR à 2 décimilligr., le 13 novembre, sans réaction thermique.

Obs. 192. Blanche D., âgée de 20 ans et demi, née le 13 janvier 1887. Ulcère simple de l'estomac avec hématémèse, sans tuberculose cliniquement décelable.

CT, OT, TR négatives.

CT le 20 septembre 1907, à 1 h. et demie, résultat négatif.

Le 24, à 9 h. et demie, on fait en même temps l'*OT* et la *TR*, à 2 décimilligr. Toutes deux sont également négatives.

Obs. 193. Marthe P., âgée de 14 ans et demi, née le 7 avril 1893. Tuberculose pulmonaire.

CT positive.

L'enfant n'est pas réglée. Diarrhée fréquente. Tousse depuis quelque temps. Amaigrissement.

Poumons : à droite, en avant, inspiration et expiration soufflante. Quelques râles crépitants. En arrière, rien. A gauche, en avant, matité. Pectoriloque, aphone, retentissement de la voix et de la toux. Souffle. En arrière, râles humides au sommet.

L'enfant a eu une fonte purulente de l'œil gauche. La t° oscille entre 40° et 39°. Donc OT et TR impossibles.

1re *CT* le 15 juillet 1907, à 3 h. et demie du soir.

Le 16, très légère teinte rose, faisant supposer que la CT sera positive. La cutiréaction a été accompagnée d'élévation de t°, de diarrhée et de vomissements ; mais elle a été faite par une journée très chaude et très orageuse.

Le 16, à 3 heures, la réaction est positive, aréole rosée surélevée, légèrement indurée, s'étendant à 2 millim. et demi de chaque côté des scarifications.

Le 18, diminution de la zone de réaction.

Le 26, teinte cuivrée, au toucher, petite nodosité dure, roulant sous le doigt.

Du 15 juillet au 1er décembre, l'état de l'enfant va s'aggravant progressivement, œdème des jambes, sueurs profuses, diarrhée et vomissements intermittents. Dyspnée, cyanose des lèvres et des doigts, mais toujours température élevée. Cependant, la malade

se maintient comme poids. Localement, on note, à gauche et en avant, du skodisme et des signes cavitaires, gargouillement.

2e *CT* le 2 décembre, à 8 h. un quart, résultat positif. Zone s'étendant à 1 millim. et demi de chaque côté du trait de scarification. Induration, légère surélévation.

La malade meurt six jours après, le 12 décembre, à 4 heures de l'après-midi.

Autopsie :

Cœur un peu gros.

Reins : rien.

Foie : gros, congestionné.

Poumons : adhérences des plèvres des deux côtés. Aux deux sommets : grosse caverne pouvant contenir une mandarine. Parois anfractueuses. Ganglions trachéobronchiques gros et caséeux.

Obs. 194. André G., âgé de 16 ans, né le 3 septembre 1892. Tuberculose pulmonaire cavitaire. Mort avec autopsie.

CT et OT positives.

Malade depuis deux ans, jamais d'hémoptysie.

Examen clinique. — *Poumon droit :* en arrière, matité à l'auscultation souffle, expiratoire. Nombreux ronchus, râles humides, retentissement de la voix et de la toux. Pectoriloquie aphone. Ces signes s'étendent jusqu'au tiers inférieur du poumon. En avant, même chose.

Poumon gauche : en arrière, submatité. Souffle expiratoire, pectoriloquie aphone. En avant submatité ; retententissement de la voix et de la toux, gros râles humides.

Cœur normal. Un peu de tachycardie.

Nombreuses poussées d'œdème cachectique aux membres inférieurs. Température à grandes oscillations.

CT le 27 juillet 1907, à 11 h. un quart.

Le 28, résultat positif.

Décès le 25 septembre 1907.

Autopsie : Cavernes aux deux sommets et, au-dessus de la caverne du sommet droit, gros bloc de tuberculose fibreuse.

Obs. 195. Jeanne G., âgée de 2 ans et demi, née le 9 février 1905. Sœur jumelle de l'obs. 169. Déformation crânienne. Micropolyadénie. Cachexie. Mort par broncho-pneumonie. Autopsie.

CT négative.

Sœur jumelle de Marie-Louise G., obs. 169. Même déformation crânienne. Adénopathies multiples. Petits ganglions durs, roulant sous le doigt, nombreux au niveau des aînes, des aisselles, de la nuque. Enfant cachectique aux membres grêles.

Poumons : Très peu de différence à la percussion dans la région interscapulaire en arrière. Un peu de submatité à gauche ; çà et là, à l'auscultation, quelques râles de bronchite, surtout à gauche.

CT le 15 juillet, à 3 h. un quart. Résultat négatif.

L'enfant meurt de broncho pneumonie le 21 juillet 1907, c'est-à-dire 6 jours après la CT.

Autopsie : Broncho-pneumonie. Foyers dans les deux poumons. Emphysème des bords antérieurs et postérieurs des poumons. Pas de ganglions caséeux. Pas de tuberculose macroscopiquement décelable.

Obs. 196. Maurice H., âgé de 5 ans, né le 28 octobre 1902. Insuffisance mitrale péricardite sèche. Autopsie.

CT négative.

Enfant atteint d'insuffisance mitrale ancienne avec péricardite sèche, le tout de nature inconnue. Envoyé par son agence comme tuberculeux pour être dirigé sur Hendaye.

CT le 26 juillet 1907, à 4 h. et demie, résultat négatif.

Le 23 août, poussée d'anasarque considérable avec gros foie, augmentation énorme de la matité cardio hépatique. Meurt en asystolie le 6 septembre.

Autopsie : pas de trace de tuberculose.

Obs. 197. Joseph Le B., âgé de 1 an et demi, né le 3 avril 1906. Diarrhée infantile. Micropolyadénie. Mort par broncho-pneumonie.

Autopsie.

CT négative.

Enfant entré à l'infirmerie pour diarrhée infantile. Il présente des ganglions durs, petits, roulant sous le doigt au niveau de la nuque et des aisselles et des aines.

1re *CT* le 14 août 1907, à 3 h. et demie, résultat négatif.

L'enfant sort puis revient de nouveau pour diarrhée verte.

2e *CT* le 15 septembre, à 9 heures du matin. L'enfant présentait en plus des symptômes de broncho-pneumonie.

Décédé le soir à 9 heures sans qu'il y ait eu réaction.

Autopsie : broncho-pneumonie sans tuberculose macroscopiquement décelable.

Obs. 198. Marguerite B., âgée de 1 an et demi, né le 20 avril 1906. Hypotrophie cachectique. Pas de tuberculose cliniquement.

Autopsie.

CT et OT négatives.

Enfant de 1 an et demi, pâle, petite, squelettique, poids 3 kg. 600.

CT le 23 août 1907, à 5 heures du soir, résultat négatif.

Le 25 août, *OT* négative (solution mère de l'Institut Pasteur).

Le 26 août, 2e *CT* faite par le Dr Mantoue dans le même œil avec Tuberculin test de Calmette, résultat négatif.

Décès le 29 août 1907.

Autopsie : ne décèle pas de tuberculose.

Obs. 199. Augustine F., âgée de 2 ans, née le 19 septembre 1905. Broncho-pneumonie, suite de rougeole. Autopsie.

CT négative.

CT le 31 octobre 1907, à 1 h. et demie.

Négative le 2 novembre.

Décédée le 6 novembre.

Autopsie : Broncho-pneumonie simple sans trace de tuberculose.

Obs. 200. Jeanne C., âgée de 2 ans., née le 2 octobre 1905. Broncho-pneumonie double chez un enfant pâle et chétif.

CT négative.

Décès, autopsie.

CT négative.

CT le 29 novembre 1907, à 9 heures, résultat négatif.

L'enfant meurt 2 jours après.

Autopsie : on ne constate pas de lésions bacillaires macroscopiques.

Obs. 201. Mathilde M., âgée de 1 an et demi, née le 17 juillet 1906. Petit sevré bien portant. Mort subite. Autopsie.

OT et CT négatives.

CT le 8 novembre 1907, à 9 heures, résultat négatif.

OT le 13 novembre, résultat négatif. Décès le 17 novembre, à 5 heures, avec 39°5. L'enfant avait été bien portant jusque-là.

Autopsie : le 19 novembre, rien aux poumons, ni au foie, ni à l'intestin. Pas de ganglions trachéobronchiques ou mésentériques.

Obs. 202. Mercédès P., âgée de 1 an et 2 mois, née le 27 octobre 1906. Petit sevré bien portant.

CT positif léger.

CT le 29 décembre 1907, à 1 h. et demie.

Le 30, résultat positif léger.

Obs. 203. Charles P., âgé de 1 an 3 mois, né le 9 septembre 1906. Petit sevré bien portant.

CT positive.

CT le 25 décembre 1907, à 2 heures.

Résultat positif léger le 26.

Obs. 204. Paul D., âgé de 1 an 4 mois, né le 18 août 1906. Petit sevré bien portant.

CT positive.

CT le 24 décembre 1907, à 2 heures.

Le 26, résultat positif. Zone rouge indurée surélevée s'étendant à 3 millim. de chaque côté des traits de scarification. Autour de la réaction un *halo assez considérable*. Le tout a exactement l'étendue d'une pièce de 2 francs.

Le 29, disparition du halo. Teinte jambonnée de la réaction. Décollement de l'épiderme au niveau des lèvres de la plaie.

Obs. 205. Anna C., âgée de 1 an et demi, né le 17 juillet 1906. Petit sevré bien portant.

CT positive.

CT le 15 décembre 1907, à 10 heures du matin.

Le 16, résultat positif. Zone rose indurée, surélevée, s'étendant à 3 millim. de chaque côté du trait de scarification. Tendance à aspect urticarien.

Le 18, même dimension, *aspect nettement urticarien*, décollement de l'épiderme au niveau des bords de la plaie.

Obs. 206. Henri S., âgé de 18 mois, né le 17 juin 1906. Petit sevré bien portant.

CT positive.

CT le 29 novembre 1907, à 2 h. et demie.

Le 30, à 10 heures, résultat positif léger à revoir, rougeur et légère induration.

Le 2 décembre, zone rouge clair s'étendant à 2 millim. de chaque côté du trait de scarification. Légère induration.

Le 3 décembre, induration plus nette.

Obs. 207. Jeanne C., âgée de 1 an et demi, née le 15 juin 1906. Petit sevré bien portant.

CT positive légère.

Obs. 208. Lucienne P., âgée de 1 an et demi, née le 24 mai 1906. Petit sevré bien portant.

CT, positif léger.

CT le 29 novembre 1907, à 2 h. et demie.

Le 30 novembre, à 10 heures, aspect crémeux de la scarification. En dehors de la scarification, zone rouge indurée, surélevée, s'étendant à 2 millim. de chaque côté, donnant une forme arrondie à la réaction.

Obs. 209. Pierre G., né le 13 avril 1906, âgé de 1 an et 3 mois. Petit sevré bien portant.

CT positive.

Obs. 210. Maurice B., âgé de 1 an et 8 mois, né le 9 avril 1906. Petit sevré bien portant.

CT positive, TR positive, OT 2 fois négative.

1re *CT* le 8 novembre 1907, à 9 heures.

Le 9, résultat positif, zone rouge s'étendant à 3 millim. de chaque côté des lèvres de la scarification, surélévation, induration, tendance à l'aspect urticarien.

Le soir, à 4 heures, aspect urticarien.

1re *OT* le 13 novembre 1907, à 9 h. et demie, résultat négatif.

L'enfant passe à l'infirmerie le 15 novembre, pour bronchopneumonie.

2e *OT* le 17 novembre, négative.

2e *CT et TR* à 2 décimilligr. le 9 décembre, toutes deux faites au même moment, à 9 heures.

TR positive.

2e *CT* positive, même chose que la première fois.

Obs. 211. Fernande D., âgée de 1 an et 7 mois, né le 28 mars 1906. Petit sevré bien portant.

CT positive.

CT le 29 novembre 1907, à 2 heures et demie.

Le 30, à 10 heures, résultat positif, aspect crémeux de la plaie. Tache arrondie de 4 millim. en dehors des lèvres de la plaie de chaque côté, surélévation, induration, production de papulettes. Tendance à l'aspect urticarien.

Obs. 212. Albert D., âgé de 1 an et 8 mois, né le 28 mars 1906. Petit sevré bien portant.

CT positive légère.

CT le 29 novembre 1907, à 2 h. et demie.

Le 30, à 10 heures, résultat positif léger à revoir.

Le 2 décembre, zone rouge s'étendant à 1 millim. et demi de chaque côté du trait de scarification. Induration nette et surélévation légère.

Obs. 213. Fernand V., âgé de 1 an et 10 mois, né le 16 février 1906. Petit sevré bien portant.

CT positive légère.

Le 15 décembre 1907, à 10 heures du matin.

Le 16, résultat positif douteux, légère rougeur s'étendant à 1 millim. de chaque côté des lèvres de la scarification ; pas d'induration. A revoir.

Le 17, augmentation de la zone de réaction qui présente 1 millim. et demi de chaque côté du trait de scarification. De plus, induration.

Obs. 214. Paul Q., âgé de 17 mois, né le 30 décembre 1905. Petit sevré bien porté.

CT positive.

Obs. 215. Esther S., âgée de 20 mois environ, sœur jumelle du

n° 216. Petit sevré bien portant. Petits ganglions inguinaux. CT positive.

CT le 8 novembre 1907, à 9 heures.

Le 9, à 2 heures, résultat positif. Induration, surélévation. Zone rouge s'étendant à 8 millim. de chaque côté des lèvres de la scarification, apparence légèrement urticarienne.

Le 10, à 11 heures, *apparence nettement urticarienne*, gros soulèvement, formation d'un halo donnant par confluence un triangle équilatéral de 4 cent. de côté. Petites papules au bord de la zone rouge qui entoure la portion urticarienne.

Obs. 216. Neiza S., âgée de 20 mois environ, sœur jumelle de l'obs. 215. Petit sevré bien portant.

CT et TR positives. OT négative.

1re *CT* le 8 novembre 1907, à 9 heures.

Le 9, résultat positif. Les piqûres ont été faites en triangle à 1 cent. l'une de l'autre. Chaque scarification a environ 1 millim. de longueur. On constate: *Halo périphérique* triangulaire par confluence, puis autour de chaque scarification zone rouge réactionnelle avec au centre un *aspect urticarien*. Induration, surélévation.

Le 10, à 11 heures, le halo a disparu, mais de petites papulettes se sont développées.

L'enfant vient à l'infirmerie le 22 novembre pour bronchite.

OT le 25 novembre, résultat négatif.

Le 28, on constate encore la persistance de la 1re CT: teinte cuivrée foncée de la réaction. Induration, desquamation.

2e *CT et TR* à 2 décimilligr. le 2 décembre 1907, à 8 h. et demie, faites toutes deux au même moment.

La TR a été positive.

Quant à cette 2e *CT*, elle a été aussi forte que la première fois, même aspect urticarien, mêmes dimensions.

Obs. 217. Armand M., âgé de 22 mois, né le 30 novem-

bre 1905. Petit sevré bien portant légèrement rachitique.

CT positive.

Gros enfant légèrement rachitique. Chapelet costal peu développé. Soudure des fontanelles. Légère incurvation des tibias. Pas de micropolyadénie. Enfant aux cils longs.

CT le 23 septembre 1907, à 9 h. trois quarts.

Le 24, réaction positive légère. Teinte rose s'étendant à 1 millim. et demi de chaque côté de la plaie. Induration. Peu de surélévation.

Le 26, réaction terminée.

Obs. 218. Hugues D., âgé de 23 mois, né le 9 novembre 1905. Petit sevré bien portant avec petits ganglions au niveau de la nuque.

CT positive.

CT le 23 septembre 1907, à 9 h. trois quarts.

Le 24, résultat positif. Réaction légère de 1 millim. et demi de chaque côté de la plaie. Teinte rose, surélévation et induration.

Le 25, disparition presque complète. L'enfant est rendu.

Obs. 219. Maurice P., âgé de 23 mois, né le 19 octobre 1905. Petit sevré bien portant.

CT positive.

CT le 23 septembre 1907, à 9 h. trois quarts.

Le 24, à 3 h. et demie, résultat positif. Très légère réaction. Tache rose tendre de 2 millim. de chaque côté de la scarification. Induration légère, surélévation.

Terminaison le 26.

Obs. 220. Julienne Lucie, âgée de 2 ans, née le 19 novembre 1905. Petit sevré bien portant avec rachitisme léger.

CT et TR positives. OT négative d'abord, positive ensuite.

1re *CT* le 8 novembre 1907, à 9 heures.

Le 9 novembre, résultat positif. Aspect crémeux de la scarification, zone rouge s'étendant à 3 millim. de chaque côté des lèvres de la plaie. Induration, surélévation, léger halo.

Le 10, *apparence urticarienne*, diminution du halo. Décollement de l'épiderme au niveau des bords de la scarification.

1re *OT* le 13 novembre, à 9 h. et demie, résultat négatif.

Passe à l'infirmerie le 23 novembre, pour bronchopneumonie double et ulcération des lèvres. Stomatite.

2e *OT* le 25 novembre, résultat positif le même jour, début à 6 heures.

2e *CT* le même jour à 9 h. et demie. Le lendemain, résultat positif même aspect et mêmes dimensions que la première fois.

La 1re *CT* du 8 novembre, est encore visible le 26, sous forme d'une tache rouge de 4 millim. de diamètre sans desquamation ni surélévation. Légère induration profonde.

Le 27, la 2e CT *a pris un aspect urticarien.*

Le 2 décembre, 3e *CT et TR* à 2 décimilligr. faites en même temps à 8 h. et demie.

Le 3 décembre, *TR* positive à 3 heures, t° 38°2. CT positive. Rougeur s'étendant à 3 millim. de chaque côté de la scarification, léger halo.

Le 4 décembre, cette 3e CT a un aspect urticarien, donc même chose que les deux fois précédentes.

Obs. 221. Lucienne G., âgée de 17 mois, née le 23 juillet 1906. Petit sevré bien portant.

OT et CT négatives.

Obs. 222. Louise Martin dit B., âgée de 1 an et demi, née le 14 mars 1906. Rachitisme. Micropolyadénie. Gastroentérite.

CT, OT, TR négatives.

A. P. Enfant venu en août à l'infirmerie pour rachitisme avec chapelet costal et diarrhée verte. Enfant amaigri à tissus

flasques. Gros foie. Petits ganglions au niveau de l'aine et du cou. Râles de bronchite aux deux sommets.

Du 10 au 15 septembre, fait une pneumonie,

CT le 13 novembre 1907, résultat négatif.

OT le 13 novembre 1907, résultat négatif.

TR à 2 décimilligr. le 17 novembre, résultat négatif.

Obs. 223. Marguerite F., âgée de 1 an 2 mois, née le 22 octobre 1906. Petit sevré bien portant.

CT négative.

CT le 20 décembre 1907, à 2 heures.

Le 22, à 10 heures, tache ecchymotique de 4 millim. de diamètre *sans induration; résultat négatif.*

Obs. 224. Henriette L., née le 12 janvier 1906, âgée de 11 mois et demi. Petit sevré bien portant.

CT négative.

CT le 29 décembre 1907, à 1 heure et demie.

Le lendemain, zone *ecchymotique* s'étendant à 2 millim. de chaque côté des lèvres de la scarification ; mais *absence d'induration et de surélévation, donc résultat négatif.*

Obs. 225. Sophie E., âgée de 1 an et 10 mois, née le 27 février 1906. Petit sevré bien portant.

CT négative.

CT le 29 décembre 1907, à 1 heure et demie.

Le 30, résultat sous forme *ecchymotique violacée* s'étendant à 2 millim. de chaque côté du trait de scarification *sans induration ni surélévation ; donc résultat négatif.*

Obs. 226. Andrée M., âgée de 13 mois. Petit sevré bien portant.

CT négative.

CT le 29 décembre, à 2 heures.

Le 30, tache *ecchymotique* s'étendant à 2 millim. de chaque côté des lèvres de la scarification, *sans induration ni surélévation ;* donc *résultat négatif.*

Obs. 227. Albert R., âgé de 1 an et demi. Petit sevré bien portant avec micropolyadénie légère.

CT négative.

CT le 8 novembre, à 9 heures.

Le 9 novembre 1907, à 2 heures, les 3 piqûres ont un aspect légèrement *ecchymotique, sans induration ni surélévation.*

Le 11, même chose sans induration.

Résultat négatif.

Obs. 228. Silfrid G., âgé de 16 mois. Petit sevré bien portant.

CT négative.

CT le 8 novembre 1907, à 9 heures.

Le 9 et le 10, teinte *ecchymotique* s'étendant à 1 millim. de chaque côté du trait de scarification, *sans induration* ni surélévation ; *résultat négatif.*

Obs. 229. Henri J., âgé de 1 an 10 mois, né le 28 janvier 1906. Petit sevré bien portant.

CT négative.

CT le 8 novembre 1907, à 9 heures.

Le 10 et le 11, petite apparence *ecchymotique sans induration* ni surélévation.

Résultat négatif.

Obs. 230. Madeleine M., âgée de 15 mois. Petit sevré bien portant.

CT négative.

CT le 29 novembre 1907, à 2 heures et demie.

Le 30, à 10 heures, *aspect ecchymotique* s'étendant à 1 millim. et demi en dehors des traits de scarification, *sans surélévation ni induration.*

Le 2 décembre, *résultat complètement négatif.*

Obs. 231. Georges C., âgé de 1 an 8 mois, né le 27 mars 1906. Petit sevré bien portant.

CT négative.

CT le 29 novembre 1907, à 2 h. et demie.

Le 30, légère rougeur à teinte vineuse. Douteux à revoir.

Le 2 décembre, *résultat négatif ;* il s'agissait d'une simple *ecchymose* jaune verdâtre à ce jour *sans induration.*

Obs. 232. Georges R., âgé de 1 an et 8 mois, né le 22 février 1906. Petit sevré bien portant.

CT négative.

CT le 29 novembre 1907, à 1 h. et demie.

Le 30, à 10 heures, aspect *ecchymotique* violacé légèrement verdâtre, ayant 2 millim. et demi de diamètre sans induration.

Le 2 décembre, toujours même aspect, toujours *absence d'induration. Résultat négatif.*

Obs. 233. Félix A., âgé de 1 an et 1 mois, né le 7 janvier 1906. Petit sevré bien portant.

CT négative.

CT le 15 décembre, à 10 heures du matin.

Le 16, résultat *négatif* sous forme d'ecchymose petite de 2 millim. et demi de diamètre, *sans surélévation* ni *induration.*

Obs. 234. Maurice H., âgé de 23 mois, né le 29 octobre 1905. Petit sevré bien portant.

CT négative.

CT le 23, septembre 1907, à 9 h. trois quarts.

Le 24, très légère rougeur *sans induration* ni surélévation. Légère teinte *ecchymotique* sur l'épaisseur d'un ongle de chaque côté de la scarification.

Le 26, plus rien, *résultat négatif.*

Cutiréactions chez les petits sevrés.

N° 201, résultat négatif, avec autopsie.

N° 202 à 220 inclus, résultats positifs.

N° 221 et 222, résultats négatifs avec OT ou OT et TR.

N° 223 à 234 inclus, résultats négatifs ecchymotiques sans induration.

N° 235 à 300, résultats négatifs.

Obs.	235 Gaston O.	petit sevré	âgé de	20 mois	C. T.	résultat négatif
»	236 Irène R.	id	id	12 mois	id	id
»	237 Charles Th.	id	id	18 id	id	id
»	238 Camille D.	id	id	17 id	id	id
»	239 Roger V.	id	id	18 id	id	id
»	240 Arsène Jus.	id	id	17 id	id	id
»	241 Etienne A.	id	id	18 id	id	id
»	242 Gabriel Ch.	id	id	1 an	id	id
»	243 Raymond G.	id	id	17 mois	id	id
»	244 Charles Be.	id	id	23 id	id	id
»	245 J.-Marcel G.	id	id	23 id	id	id
»	246 Bernard Ya.	id	id	1 an 1/6	id	id
»	247 Raymond Ba.	id	id	1 an	id	id
»	248 Suzanne K.	id	id	1 an 2 mois	id	id
»	249 Henriette S.	id	id	1 an 1/2	id	id
»	250 Arthur B.	id	id	id	id	id
»	251 Jean B.	id	id	1 an 1/2	id	id
»	252 Lucien P.	id	id	14 mois	id	id
»	253 Geneviève P.	id	id	11 id	id	id
»	254 Louis B.	id	id	15 id	id	id
»	255 Roberte P.	id	id	17 id	id	id
»	256 Rosa C.	id	id	2 an	id	id
»	257 Madeleine B.	id	id	20 mois	id	id
»	258 Maurice H.	id	id	21 id	id	id
»	259 René D.	id	id	22 id	id	id
	Décédé ultérieurement de bronchopneumonie sans autopsie.					
»	260 Juliette V.	id	id	2 an	id	id
»	261 Robert F.	id	id	2 an	id	id
»	262 Marcel B.	id	id	1 id	id	id

Obs. 263	Maurice M.	petit sevré	âgé de	14 mois	C. T.	résultat négatif
» 264	Simone D.	id	id	29 id	id	id
» 265	Georges B.	id	id	18 id	id	id
» 266	Germaine L.	id	id	16 id	id	id
» 267	Christian P.	id	id	1 an	id	id
» 268	Louise L.	id	id	17 mois	id	id
» 269	René G.	id	id	18 id	id	id
» 270	Marcelle M.	id	id	22 id	id	id
» 271	Roger Le.	id	id	1 an	id	id
» 272	Jeanne B.	id	id	15 mois	id	id
» 273	Jeanne P.	id	id	18 id	id	id
» 274	Jeanne F.	id	id	22 id	id	id
» 275	Lucien F.	id	id	13 id	id	id
» 276	Alfred J.	id	id	13 id	id	id
» 277	Achille S.	id	id	10 mois	id	id
» 278	Henriette F.	id	id	10 id	id	id
» 280	André V.	id	id	22 id	id	id
» 281	Eugénie F.	id	id	18 id	id	id
» 282	Maurice M.	id	id	21 id	id	id
» 283	André P.	id	id	17 id	id	id
» 284	Sigfried G.	id	id	19 id	id	id
» 285	Madeleine R.	id	id	20 id	id	id
» 286	Fanny F.	id	id	11 id	id	id
» 287	Basile G.	id	id	18 id	id	id
» 288	Henry R.	id	id	16 id	id	id
» 289	Georges D.	id	id	14 id	id	id
» 290	Célestine P.	id	id	14 id	id	id
» 291	Madeleine T.	id	id	19 id	id	id
» 292	Germaine P.	id	id	14 id	id	id
» 293	Marcelle H.	id	id	16 id	id	id
» 294	Emma M.	id	id	18 id	id	id
» 295	Edmond Z.	id	id	21 id	id	id
» 296	Oscar G.	id	id	21 id	id	id
» 297	Alfred B.	id	id	13 id	id	id
» 298	Jean M.	id	id	16 id	id	id
» 299	Fernande C.	id	id	18 id	id	id
» 300	Madeleine G.	id	id	18 id	id	id

Essais de cutiréactions.

AVEC

Glycérine phéniquée au 1/20 et 1/10 ;
Glycérine au sublimé à 1/10 et 1/5 ;
Essence de térébenthine pure ;
Toxine diphtérique à 1/30, 1/15, 1/10, 1/75. Pure ;
Glycérine simple ;
Sérum physiologique.

Cutiréactions à la glycérine phéniquée.

Obs. 301 à 308.

Huit essais donnent huit résultats négatifs qui se répartissent ainsi :

Quatre négatifs avec la glycérine à 1/20.

Quatre négatifs avec la glycérine à 1/10.

Cutiréaction à la glycérine sublimée.

A. — *Glycérine à* 1/10.

Obs. 309. André P., voir obs. 118 et 301, résultat négatif.

Obs. 310. Adrienne G., voir obs. 84, résultat négatif.

Obs. 311. Marthe P., voir obs. 193, avait réagi faiblement à la cutiréaction à la tuberculine.

Le 24 juillet 1907, scarifications enduites de glycérine au sublimé à 1/10 à 4 heures du soir.

Le 25, légère rougeur s'étendant à 2 millim. environ de chaque côté de la scarification. Légère induration de cette zone rouge.

Les lèvres de la scarification sont écartées et on voit à ce niveau une petite vésicule purulente de 1 millim. de large.

Le 26, même état, biopsie.

B. — *Glycérine à* 1/5.

Obs. 312. Marie C., résultat négatif.

Obs. 313. Suzanne C., âgée de 14 mois, résultat négatif.

Obs. 314. Jeanne M., âge, 18 mois. Scarifications le 31 juillet 1907.

Le 1er août, résultat positif. Deux petites taches rosées avec au centre légère zone de suppuration donnant à la plaie un aspect crémeux. Pas d'induration. Biopsie le 1er août.

Obs. 315. Eugénie C., 10 mois. Scarifications le 31 juillet 1907.

Le 1er août, résultat positif. Petite tache rosée, surélevée, légèrement indurée de 2 millim. de diamètre. Au centre, escharification et petite pustule.

Obs. 316. Angèle K., 2 ans, résultat négatif.

Cutiréactions avec l'essence de térébenthine.

Obs. 317. André P., voir obs. 118 301 et 309.

Essai le 26 août, résultat négatif.

Obs. 318. Henri-Paul M., voir obs. 105.

Little fruste. Essai le 26 août, résultat négatif.

Obs. 319. Louise B., voir obs. 125.

Essai le 5 août, à 4 h. et demie. Le 6, on voit légère rougeur de 3 millim. de diamètre. Epiderme légèrement plissé. Pas d'induration, ni de surélévation.

Obs. 320. *Cobaye* 3.

Epilage. Deux scarifications sur la région du dos et enduites d'essence de térébenthine.

Le lendemain, sur toute la surface épilée, on voit l'épiderme détaché s'en allant en lambeaux avec au-dessous de la sérosité. Rien de bien caractéristique.

Il semble qu'il y ait eu une application de vésicatoire.

Cutiréactions à la toxine diphtérique.

A. — *Toxine diluée* à 1/30 et 1/15.

Obs. 313. André P., voir Obs. 118, 301, 309.

Obs. 314. Louise P., voir Obs. 114.

Obs. 315. Edouard R., voir Obs. 104.

Ces trois enfants avaient réagi à la CT, étaient à l'infirmerie et n'étaient pas suspects de dipthérie.

Ils n'ont *donné aucune réaction avec la toxine* diluée à 1/30 et 1/15.

B. — *Toxine diluée* à 1/0 et 1/7,50.

Obs. 316. Berthe M., voir Obs. 51.

Obs. 317. Georges L., voir Obs. 187.

Obs. 318. Irène B.

Obs. 319. André C.

Ces quatre enfants n'étaient pas suspects de diphtérie et étaient soignés à l'Infirmerie. Ils n'ont rien donné avec la toxine diluée à à 1/10 et 1/7,50. Berthe M... avait réagi à la CT.

Obs. 320. Georgette C.

Obs. 321. Rosa B.

Rien avec *la toxine* à 1/10. Avec *la toxine* à 1/7,5 légère rougeur s'étendant à 1 millim. de chaque côté des lèvres de la plaie. Pas de surélévation, pas d'induration.

Obs. 322. Blanche S., voir Obs. 127, avait fortement réagi à la CT.

Scarifications avec la toxine à 1/10 et à 1/7,5 le 31 juillet au soir.

Le 1er août 1907, à 4 h. et demie, résultats positifs.

Toxine à 1/10 : légère zone rouge autour des piqûres.

Toxine à 1/7,50. Les scarifications étaient distantes l'une de l'autre de 1 cent. environ. Elles reposent toutes deux sur une zone rouge vif unique de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Pas de surélévation ni d'induration. Léger aspect crémeux des lèvres de la plaie.

Obs. 323. Suzanne L., voir Obs. 171.

N'avait pas réagi à la CT.

Scarifications à la toxine 1/10 et 1/7,5 le 31 juillet 1907.

Résultat négatif pendant 4 ou 6 jours, l'enfant étant vue régulièrement. Elle revient à l'Infirmerie le 10 août : au niveau des scarifications à 1/10 comme à 1/7,5 on note une rougeur jambonnée de la réaction. Largeur 3 millim. et demi de chaque côté des lèvres de la plaie. Légère surélévation.

Obs. 324., Gaston V., 1 an et demi, troubles digestifs.

Scarifications le 31 juillet 1907, à 5 h. et demie.

Le 1er août, à 9 heures du matin, au niveau des scarifications avec la toxine à 1/10 on voit une légère zone rose s'étendant à 1 millim. à peu près de chaque côté des lèvres de la plaie.

Au niveau des scarifications avec la toxine à 1/7,5 zone, d'un

rose plus intense et s'étendant à 1 millim. et demi environ de chaque côté des traits de scarifications.

Le 2 août, à 3 h. et demie, augmentation des phénomènes. Zone rouge vif, surélévation, induration légère rappelant celle des CT. Aspect crémeux des lèvres de la plaie.

Nota. — Ces enfants, eux aussi, étaient soignés à l'Infirmerie et n'étaient pas suspects de diphtérie.

C. *Toxine pure.*

Obs. 325. Jeanne D., voir Obs. 101, anémie légère, avait réagi à CT, rien avec la toxine diphtérique pure.

Obs. 326. Marceau B., 5 ans.

Scarlatine avec angine à fausse membrane. Ganglions sous-maxillaires. Bacilles courts.

Le 16 août 1907, l'enfant reçoit 5 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Les scarifications ne donnent rien.

Le 30 août, nouvelles scarifications qui ne donnent rien.

Obs. 327. Adrienne V., 16 ans.

Cliniquement considérée comme angine diphtérique.

N'a pas reçu de sérum antidiphtérique parce que l'ensemencement a été négatif.

Le 30 août 1907, à 4 heures scarification, à la toxine pure.

Le 31 à 9 h. et demie, résultat positif. Plaques d'un rouge vif s'étendant à 2 millim. de chaque côté des lèvres de la scarification. Légère surélévation.

Le 2 septembre, bords un peu soulevés. Bourrelet œdémateux au niveau de la scarification.

Obs. 328. Victorine B., 16 ans et demi.

A eu une scarlatine avec angine à bacilles courts.

A reçu, le 25 juillet, 10 centim. cubes de sérum antidiphtérique.

Le 30 août 1907 scarifications, à la toxine pure.

Le 31, résultat positif. De chaque côté des lèvres de la plaie, légère rougeur s'étendant à 2 millim. environ avec surélévation de la peau. Pas d'induration.

Obs. 329. Léonie G.

Angine diphtérique clinique au cours d'une scarlatine. Disparition des fausses membranes en 48 heures, sous l'influence du sérum. Un seul examen pratiqué n'a pas révélé de bacilles.

Scarifications le 30 août 1907, à 4 h. et demie.

Le 31 août, à midi, zone rose, peu intense s'étendant à 2 millim. environ de chaque côté des lèvres de la plaie. Légère induration, très légère surélévation.

Obs. 330. Laure M., voir obs. 85.

A violemment réagi à la CT. Enfant depuis longtemps dans le service pour une tumeur cérébrale.

Le 29 août 1907, à 7 h. et demie, l'enfant reçoit en même temps 3 scarifications enduites de toxine diphtérique pure et une injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

Le 30, à 9 heures, zone rouge s'étendant à 3 ou 4 millim. de chaque côté des lèvres de la plaie, pas de surélévation notable de la peau. Léger œdème au niveau des zones rouges. Biopsie l'après-midi. Le 31, à 11 h. et demie, diminution de la réaction, la rougeur ne s'étend plus qu'à 2 millim. de chaque côté des lèvres de la scarification.

Obs. 331. Louise G.

Enfant atteint de coqueluche sans soupçon de diphtérie.

Le 29 août 1907, à 5 h. et demie, scarification avec la toxine pure.

Le 30, à 7 h. et demie, injection de 10 cent. cubes de sérum antidiphtérique. Le même jour, à 9 heures, zone rouge s'étendant à 2 millim. de chaque côté de la piqûre. Une piqûre a réagi plus fortement et la rougeur s'étend à 4 millim.

Le 31 août, à 11 h. et demie, légère diminution de la zone qui ne s'étend plus qu'à 1 millim. de chaque côté de la plaie.

Obs. 332. Rosalie T.

Enfant atteint de coqueluche sans soupçon de diphtérie.

Le 29 août, à 5 h.et demie,injection de10 cent. cubes de sérum antidiphtérique.

Le 30 août, à 9 h. trois quarts, scarifications à la toxine diphtérique pure ; à 2 h. trois quarts, rien.

Le 31 août, à 11 h. trois quarts, très légère rougeur s'étendant à 1 millim. environ de chaque côté des lèvres de chaque scarification.

Obs. 333. Augustine L., voir obs. 76.

Avait fortement réagi à la CT. Soignée à l'Infirmerie. Pas de soupçon de diphtérie.

Le 2 août 1907, scarifications.

Le 6 août seulement on obtient un résultat positif. Grosse tache rouge de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50 sans surélévation de la peau, très légère induration. Aspect crémeux des lèvres de la plaie.

Le 8, la réaction est terminée. Légère desquamation furfuracée dans la zone correspondant à la réaction.

Obs. 334. Robert M., 3 ans et demi (1), né le 30 décembre 1903.

Entré le 23 septembre 1907, au pavillon de diphtérie aux Enfants Malades.

Malade depuis le matin. Toux rauque. Tubé à 7 heures du soir. Reçoit 40 cent. c. à l'entrée.

Le 25, rougeole.

(1) Cette observation et les suivantes jusqu'à l'obs. 346, ont été prises au pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants malades, service du docteur Marfan remplacé par le Dr Papillon en 1907.

Le 26, scarifications enduites de toxine diphtérique pure.

Le 27, rien.

Obs. 335. Georges B., 9 ans, né le 2 août 1898.

Entré le 19 septembre au pavillon de diphtérie des Enfants-Malades.

Malade depuis le 17. Tousse un peu. Voix conservée.

Reçoit à l'entrée, le 19, 30 cent. c.

Le 20, angine lacunaire. Pas d'adénopathie. Cocci.

Gorge nettoyée le 23.

Le 26, scarifications à la toxine diphtérique.

Le 27, résultat négatif.

Obs. 336. Paul B., 3 ans et demi, né le 4 janvier 1905.

Entré le 20 septembre, au pavillon de diphtérie des Enfants-Malades.

Malade depuis 3 jours. A reçu, en ville, 10 cent. c., reçoit 30 cent. c. à l'entrée. Voix rauque. Quelques petits points blancs sur les amygdales. Gorge nettoyée le 23.

Le 26, scarifications à la toxine diphtérique pure.

Le 27, aucun résultat.

Obs. 337. André P., 20 mois.

Entré le 20 septembre au pavillon de diphtérie des Enfants-Malades.

Malade depuis 3 jours. Difficulté pour respirer. Toux rauque, voix voilée. Très léger exsudat à la base de l'amygdale gauche. Œdème périglottique ; reçoit à l'entrée 30 cent. c.

Le 24, la gorge est nettoyée.

Le 26, scarifications à la toxine diphtérique pure.

Le 27, macules rouge vif, 1 cent, de large, sur 1 cent. et demi de haut. Léger décollement de l'épiderme au niveau de la scarification. Léger aspect crémeux au niveau de la plaie. Pas d'induration, pas de surélévation, pas de papulisation.

Obs. 338. Emile C., 7 ans, né le 3 juillet 1900.

Tousse depuis bientôt deux mois. Depuis deux jours se plaint de la gorge, a de la peine à respirer, voix conservée.

Entre le 26 septembre. Grosses amygdales ; pas d'exsudat, adénopathie ; reçoit 10 cent. c. au pavillon de diphtérie des Enfants Malades.

Le même jour, scarifications à la toxine diphtérique pure.

Le 27 au matin, P. 100. Cocci.

Le soir, à 5 heures, très légère rougeur de 1 millim, s'étendant de chaque côté de la scarification. Pas d'induration, ni de surélévation.

Obs. 339. Roger L., 2 ans et trois mois, né le 26 juin 1905. Rougeole, il y a 7 mois.

Entrée au pavillon de diphtérie des Enfants Malades, le 20 septembre 1907.

Malade depuis 2 jours. Se plaint de la gorge. Toux rauque et voix éteinte. Reçoit 20 cent. c. à l'entrée.

Le 21 sept., rien à la gorge, toux rauque.

Le 26, scarifications à la toxine diphtérique pure.

Le 27, légère rougeur diffuse de 1 millim. et demi environ peu intense.

Obs. 340. Alice L., 27 mois, née le 10 janvier 1905.

Entrée le 24 septembre, reçoit 40 cent. c. Malade depuis 3 jours. Se plaint de la gorge. Toux rauque, voix enrouée mais conservée.

Le 25, fausse membrane assez intense sur chaque amygdale.

Toux rauque, reçoit 30 cent. c. Tubée le 25 à 2 heures. Crache son tube le 26 à 6 heures du matin.

Le 26 au soir, scarifications à la toxine pure.

Le 27, de chaque côté de la plaie, légère rougeur sans induration s'étendant à 2 millim.

Obs. 341. Lucien J., 3 ans et demi, né le 15 février 1905.

Entré le 20 septembre au pavillon de diphtérie des Enfants-Malades.

Malade depuis 6 jours. Voix rauque éteinte, a de la peine à respirer ; adénopathie légère. Quelques petits points blancs sur les amygdales. Reçoit à l'entrée 30 cent. c. de sérum.

Le 26, scarifications à la toxine pure diphtérique.

Le 27, léger aspect crémeux de la plaie. Zone rose s'étendant à 1 millim. et demi de chaque côté de la scarification.

Obs. 342. Isabelle C., 13 ans et demi, née le 16 avril 1894.

Entrée le 16 septembre, reçoit 30 cent. c. Malade depuis 2 jours Se plaint de la gorge.

Le 17, grosses amydales. Angine lacunaire. Coryza. Bacilles courts.

Le 26, scarifications à la toxine diphtérique pure.

Le 27, trois zones rouges légèrement violacées de 2 à 3 millimètres de chaque côté des scarifications, sans induration, ni surélévation.

Obs. 343. René L., 6 ans, né le 3 novembre 1901. Entre au Pavillon de diphtérie des Enfants Malades, le 7 septembre. Malade depuis trois jours. Reçoit à l'entrée 30 cent. c. Pas de toux. Pas de voix éteinte.

Le 8, adénopathie. Au cœur, souffle extracardiaque. Fausse membrane sur les deux amydales empiétant sur la luette. T° 39 le matin et 38 le soir. Diagnostic : angine pseudomembraneuse maligne.

Le 8, reçoit 30 cent. c., le 10, reçoit, 30 cent. c. Bacilles courts et moyens.

Le 11, éruption sérique urticarienne.

A partir du 9 les fausses membranes vont en regressant. La gorge est nettoyée le 13.

Le 26, scarifications à la toxine diphtérique pure.

Le 27, zone rouge s'étendant à 3 millim. de chaque côté des scarifications. Induration molle. Légère surélévation. Léger halo semblable à celui que l'on voit dans la CT à la tuberculine.

Obs. 344. Jeanne P., 9 ans, née le 12 octobre 1898.

Entrée au Pavillon de diphtérie, le 16 septembre. Malade depuis la veille ; sérum à l'entrée 30 cent. c.

Le 17 fausses membranes sur les deux amydgales. Adénopathie. Bacilles moyens. Reçoit 20 cent. c.

Le 17 au soir, diminution des fausses membranes. Gorge nettoyée le 19.

Le 26, scarifications à la toxine pure. Le 27, teinte rouge vif s'étendant à 4 ou 5 millim. de chaque côté de la piqûre. Aspect crémeux de la scarification. Induration très légère. Peu de surélévation.

Obs. 345. Marcelle R., 10 ans, née le 28 août 1897.

Entrée le 16 septembre. Malade depuis la veille. Se plaint de la gorge, reçoit 50 cent. c. à l'entrée. Bacilles moyens et longs.

Le 17, fausses membranes sur les deux amygdales. Adénopathie ; haleine fétide ; reçoit 20 cent. c.

Le 18, diminution légère des fausses membranes, reçoit 30 cent. c. Gorge nettoyée le 20 septembre.

Le 26, scarifications à la toxine diphtérique pure.

Le 27, plaques rouges, coloration jambonnée. Induration molle, surélévation légère. Aspect crémeux des bords de la plaie. En pressant, on fait sourdre une petite gouttelette de sérosité semblable à du colostrum.

Obs. 346 (1). Ch... résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, fort.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 15 jours.

Entre la première injection de sérum et le *CT*, 15 jours.

(1) Observations suivantes et les prises en collaboration avec M. Parturier dans le service du Dr Mery aux Enfants Malades en 1908.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant 20 cent. c.

Obs. 347. Ch... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, moyen.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 13 jours.

Entre la première injection de sérum et la *CT*, 13 jours.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 30 cent. c.

Obs. 348. Co... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique léger.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 28 jours.

Entre la première injection de sérum et la *CT*, 27 jours.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 40 cent. c.

Obs. 349. Hu... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique léger.

Entre l'entrée à l'hôpital et le *CT*, 5 jours.

Entre la première injection de sérum et la *CT*, 5 jours.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 10 cent. c.

Obs. 350. Spi... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, léger.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 12 jours.

Entre la première injection de sérum et la *CT*, 12 jours.

Quantité totale de de sérum reçue par l'enfanl, 50 cent. c.

Obs. 351. Va... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, moyen.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 18 jours.

Entre la première injection de sérum et la *CT*, 18 jours.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 40 cent. c.

Obs. 352. Pi... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, intense.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 20 jours.

Entre la première injection de sérum et la *CT*, 20 jours.
Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 30 cent. c.

Obs. 353. Ro... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, fort.
Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 18 jours.
Entre la première injection de sérum et la *CT*, 18 jours.
Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 20 cent.

Obs. 354. Bit... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, moyen.
Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 4 jours.
Entre la première injection de sérum et la *CT*, 4 jours.
Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 40 cent. c.

Obs. 355. Ger... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, moyen.
Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 5 jours.
Entre la première injection de sérum et la *CT*, 5 jours.
Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 30 cent. c.

Obs. 356. Ler... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, moyen.
Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 2 jours.
Entre la première injection de sérum et la *CT*, 0 jour.
Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 40 cent. c. à l'entrée.

Obs. 357. Ka... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, moyen.
Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 3 jours.
Entre la première injection de sérum et la *CT*, 0 jour.
Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 30 cent. c. à l'entrée.

Obs. 358. Del... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, moyen.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 9 jours.
Entre la première injection de sérum et la *CT*, 9 jours.
Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 40 cent. c.

Obs. 359. Gal... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, fort.
Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 36 jours.
Entre la première injection de sérum et la *CT*, 36 jours.
Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 90 cent. c.

Obs. 360. Yo... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, moyen.
Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 47 jours.
Entre la première injection de sérum et la *CT*, 47 jours.
Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 130 cent. c.

Obs. 361. Lab... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, douteux.
Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 5 jours.
Entre la première injection de sérum et la *CT*, 5 jours.
Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 60 cent. c.

Obs. 362. Les... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, moyen.
Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 15 jours.
Entre la première injection de sérum et la *CT*, 15 jours.
Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 150 cent. c.

Obs. 363. Rem... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, moyen.
Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 1 jour.
Entre la première injection de sérum et la *CT*, 1 jour.
Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 30 cent. c.

Obs. 364. Ver... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, faible.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 12 jours.

Entre la première injection de sérum et la *CT*, 12 jours.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 40 cent. c.

Obs. 365. Fr... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, faible.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 2 jours.

Entre la 1re injection de sérum et la *CT*, 0 jour.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 70 cent. c. (entrée et lendemain).

Obs. 366. Ch... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, faible.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 2 jours.

Entre la première injection de sérum et la *CT*, 0 jour.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 60 cent. c. (entrée et lendemain).

Obs. 367. Lan... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, moyen.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 2 jours.

Entre la première injection de sérum et la *CT*, 0 jour, 40 cent. c. à l'entrée.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant.

Obs. 368. Mar... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, *négatif*.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 2 jours.

Entre la première injection de sérum et la *CT*, 0 jour.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 20 cent. c. à l'entrée.

Obs. 369. Her... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, moyen.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 2 jours.

Entre la première injection de sérum et la *CT*, 0 jour.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 50 cent. c., 30 cent. c. à l'entrée et 20 cent. c. le lendemain.

Obs. 370. Sc... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, faible.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 2 jours.

Entre la première injection de sérum et la *CT*, 0 jour.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 20 cent. c.

Obs. 371. Du... Résultat de la *CT*, à la toxine diphtérique, moyen.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 1 jour.

Entre la première injection de sérum et la *CT*, 1 jour.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 40 cent. c.

Obs. 372. Da... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, *négatif.*

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 1 jour.

Entre la première injection de sérum et la *CT*, 0 jour.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 40 cent. c.

Obs. 373. Bo... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, moyen.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 3 jours.

Entre la 1re injection de sérum et la *CT*, 2 jours.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 40 cent. c.

Obs. 374. Fr... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, douteux.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 2 jours.

Entre la 1re injection de sérum et la *CT*, 1 jour.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 50 cent. c.

Obs. 375. Len... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, moyen.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 2 jours.

Entre la 1re injection de sérum et la *CT*, 1 jour.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 40 cent. c.

Obs. 376. Mer... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, moyen.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 2 jours.

Entre la 1re injection de sérum et la *CT*, 1 jour.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 30 cent. c.

Obs. 377. Bon... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, *négatif*.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 2 jours.

Entre la 1re injection de sérum et la *CT*, 1 jour.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 30 cent. c.

Obs. 378. Duch... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, moyen.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 6 jours.

La *CT* a été faite la veille du jour où l'enfant a reçu du sérum pour la dernière fois.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 65 cent. c.

Obs. 379. Gen... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, faible.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 10 jours.

Entre la 1re injection de sérum et la *CT*, 9 jours.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 30 cent. c.

Obs. 380. Ler... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, faible.

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 2 jours.

Entre la 1re injection de sérum et la *CT*, 1 jour.

Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 30 cent. c.

Obs. 381. Bel... Résultat de la *CT* à la toxine diphtérique, moyen

Entre l'entrée à l'hôpital et la *CT*, 0 jour.
Entre la 1re injection de sérum et la *CT*, 0 jour.
Quantité totale de sérum reçue par l'enfant, 0 cent. c.
N'a pas reçu de sérum.

Obs. 382. (1) Mars... Pas de diphtérie à l'examen bactériologique, a reçu 80 cent. c. de sérum, résultat de la *CT* négatif.

Obs. 383. Manc... Pas de diphtérie à l'examen bactériologique, a reçu 30 cent. c. de sérum, résultat négatif.

Obs. 384. Beau... Pas de diphtérie à l'examen bactériologique, a reçu 10 cent. c. de sérum, résultat négatif.

Obs. 385. Mecr... Pas de diphtérie à l'examen bactériologique, a reçu 30 cent. c. de sérum, résultat négatif.

Obs. 386. Nutt... Pas de diphtérie à l'examen bactériologique. a reçu 20 cent. c. de sérum, résultat négatif.

Obs. 387. Bon... Pas de diphtérie à l'examen bactériologique, a reçu 30 cent. c. de sérum, résultat négatif.

Obs. 388. Serr... angine de Vincent, a reçu 30 cent. c. de sérum, résultat négatif.

Obs. 389. Will... angine de Vincent, a reçu 20 cent. c. de sérum, résultat négatif.

Obs. 390. Vaul... Diphtérie et cocci, a reçu 40 cent. c. de sérum, résultat négatif.

Obs. 391. Lab... Diphtérie douteuse, a reçu 30 cent. c. de sérum, résultat négatif.

Obs. 392. (2) Lucie... Tuberculose à la 3e période, *CT* à la toxine D, résultat léger.

Obs. 393. Marguerite... Rhumatisme articulaire et complica-

(1) Observations 382 à 391 prises dans le service du Dr Mery aux Enfants Malades.
(2) Observations 391 à 411 prises dans le service du Dr Richardière aux Enfants Malades.

tions cardiaques, *CT* à la toxine D, résultat moyen.

Obs. 394. Germaine... Crises épileptiformes, *CT* à la toxine D, résultat fort.

Obs. 395. Marie... Rhumatisme articulaire, *CT* à la toxine D, résultat moyen.

Obs. 396. Georgette... Chorée, *CT* à la toxine D, résultat moyen.

Obs. 397. Armande... Granulie (décédée) *CT* à la toxine D, résultat léger.

Obs. 398. Henriette... Pneumonie guérie, *CT* à la toxine D, résultat fort.

Obs. 399. Jeanne... Rachitisme, *CT* à la toxine D, résultat fort.

Obs. 400. Herminie... Méningite tuberculeuse (décédée), *CT* à la toxine D, résultat moyen.

Obs. 401. Renée... Méningite tuberculeuse, *CT* à la toxine D, résultat faible.

Obs. 402. Euphrasie... Impétigo, *CT* à la toxine D, résultat léger.

Obs. 403. Jeanne... Chorée, *CT* à la toxine D, résultat moyen.

Obs. 404. Andrée... Pneumonie guérie. *CT* à la toxine D, résultat fort.

Obs. 405. Marie... Hypotrophique, *CT* à la toxine D, résultat moyen.

Obs. 406. Marie-Louise... Rachitisme, *CT* à la toxine D, résultat léger.

Obs. 407. Lucie... Sommet douteux. *CT* à la toxine D, résultat léger.

Obs. 408. Germaine... Tuberculose, 2e degré. *CT* à la toxine D, résultat fort.

Obs. 409. Marie... Tuberculose douteuse. *CT* à la toxine D, résultat moyen.

Obs. 410. Clémentine... Fièvre typhoïde à rechutes. *CT* à la toxine D, résultat négatif.

Obs. 411. Hélène... Tuberculose au début. *CT* à la toxine D, résultat négatif.

Obs. 412. *Cobaye n°* 1, *poids* 185 *gr.*

Le 24 juillet 1907, à 2 h. 20. La peau est rosée, lavée au savon, puis passée à l'alcool.

Trois scarifications sont faites sur la région du dos, puis enduites de toxine diphtérique pure fournie par l'Institut Pasteur.

Le 25 juillet, à 3 heures, au niveau des scarifications, zone surélevée. Induration molle formant plastron et donnant cliniquement l'aspect de pus collecté. A la pression on fait sourdre deux fines gouttelettes de sérosité louche qui apparaissent au niveau de chaque scarification.

Biopsie le 25, à 3 h. un quart.

Obs. 413. *Cobaye n°* 2, poids 274 *gr.*

Même technique. Mêmes résultats.

A noter : chez ces deux cobayes les traits de scarification sont recouverts d'une croutelle normale sans nulle apparence de nécrose et la cicatrisation s'est faite dans les délais habituels.

150 Scarifications à la glycérine simple.

Obs. 414 à 564. 149 résultats négatifs.

Une seule scarification a donné une rougeur très minime et très fugace autour des lèvres de la plaie. Sans induration.

66 Scarifications au sérum physiologique.

Obs. 565 à 631.

66 résultats négatifs.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES A CONSULTER (1)

Abrami et Burnet. — Réaction cutanée à la tuberculine chez l'homme adulte, *Soc. de biol.*, 13 juillet 1907.

Achard et Feuillé. — Influence des lésions nerveuses sur l'oculo-réaction à la tuberculine, *Soc. med. hôp.*, 29 nov. 1907.

Albeker Karl. — *Gyögy anat.* (Hongrois), 6 oct. 1907.

Apert. — CT, *Soc. méd. hôp.*, 22 mai 1908.

Apterkmant. — Intradermo réaction à la tuberculine, *Thèse*, Paris, 1909.

F. Arloing. — Sur la réaction cutanée provoquée par diverses tuberculines et par du sérum d'homme tuberculeux, *Soc. biol.*, 29 juin 1907.

— Sur la réaction cutanée à la tuberculine, *Soc. biol.*, 22 juin 1907.

— Sur la cutiréaction à la tuberculine, *Soc. biol.*, 27 juillet 1907.

— *Soc. biol.*, 23 novembre 1907.

— L'OT est-elle spécifique, *Soc. biol.*, 25 janvier 1908.

— Mécanisme et valeur spécifique de l'OT, *Soc. biol.*, 2 mai 1908.

S. Arloing et Thévenot. — L'infection tuberculeuse et le diag. de la Tub. par les moyens révélateurs, *Acad. des sc.*, 16 mars 1908.

Aubaret et Lafon. — *Gaz. hebd. de med. de Bordeaux*, 4 août 1907.

Bandler. — La cutiréaction dans la tuberculine cutanée, *Soc. des médecins de Prague*, 31 octobre 1907.

— *Wien. Kl. Woch.*, n. 48, 1907.

Bandler et Kreibich. — *Deuts. med. Woch.*, n. 40, 1907.

(1) On consultera avec fruit la Bibliographie de l'excellente thèse d'Oppert, Paris, juillet 1908, 300 indications environ.

Barbier et Lian. — Erythème noueux et intradermo réaction à la tuberculine, *Soc. méd. hóp.*, mai 1909.

Batigne. — Cutiréaction à la tuberculine chez les enfants, *Thèse*, Paris, 1908.

Bazy. — *Soc. de chir.*, Paris, 31 juillet 1907.

— *Sem. méd.*, du 7 août 1907.

De Beurmann et Gougerot. — *Soc. franç. dermat. et syphil.*, 7 novembre 1907.

De Beurmann. — CT prolongée chez un lupique, *Soc. franç. dermat. et syphil.*, 5 décembre 1907.

A. Bergeron. — Tuberculine et vaccins de Carl Spengler, *Presse méd.*, n. 99-1907.

Buig. — Ueber der Werth. der Pirquet' schen und der Wolff Calmette' schen réaktion in kindesalter, *Berl. Klin. Woch.*, n. 11-16 mars 1908.

Bluniel et Clarus. — *Med. Klinik.*, n. 50, 15 décembre 1907.

Bouchard. — Intradermoréaction à la tuberculine chez les animaux (note Mantoue-Moussu), *Académie des sciences*, 19 sept. 1908.

Brunetière. — *Gaz. hebd. des sc. méd.*, Bordeaux, juillet 1907.

Burnet. — Réaction cutanée de Von Pirquet, *Soc. biol.*, 22 juin 1907.

Calmette et Guérin. — Sur la val. spécif. de l'OT, *Soc. biol.*, 23 mai 1908.

Calmette. — Sur un nouveau procédé de diagnostic de la tuberculose chez l'homme par l'ophtalmoréaction à la tuberculine, *Acad. des sciences*, 17 juin 1907.

Calmette, Breton, Painblan, Petit. — *Presse méd.*, 13 juillet, 1907.

Calmette. — *Acad. des sciences*, 29 juillet 1907.

— Prophylaxie à la tub. infant. par la recherche de l'OT, *La Clinique*, 16 août 1907.

— L'ophtalmo-diagn. de la tub. et son rôle dans la défense sociale antitub., *Bulletin méd.*, 1908.

Calzolari. — Tuberculino diagn-génital, *Acad. méd. e Nat. di Ferrara*, 15 déc. 1907.

Cannata. — *Gazz. osp.*, 17 nov. 1907.

Cassoute. — OT chez nourrissons, *Arch. méd. des enfants*, n°. 4, avril 1908.

Chantemesse, — *Acad. méd.*, 23 juillet 1907.

— Ophtalmo-diagnostic de la fièvre typhoïde, *Deutch. Méd. Woch.*, 39, 26 septembre 1907.

Chauffard-Troisier. — Erythème noueux expérimental par tuberculine, *Soc. méd. hóp.*, janvier 1909.

Julius Citron. — *Berl. méd. gesells.*, 24 juillet 1907.

— Sur les anticorps de la tuberculose et la réaction à la tuberculine, *Berl. Klin. Woch.*, 9 sept. 1907.

— Die Wissenchaftliche und prakt. Bedentung der Ophtalmo-diagn. der tub., *Deutsch. méd. Woch.*, n. 8, 20 février 1908.

S. Cohn. — Uber lokale-tub. uber empfindlickeit der conjunctiva Hypersensibilité locale à la tub., *Berl. Klin. Woch.*, n. 17, 27 avril 1908.

J. Comby. — *Soc. méd. des hôp.*, 12, 19, 26 juillet 1907.

— *Arch. de méd. des enfants*, octobre 1907..

— OT et CT chez les enfants, *Soc. méd. hôp.*, 24 janvier 1908.

— *Soc. méd. hôp.*, *Bull. méd.* La CT à la tub., 16 mai 1908.

Cornillon. — Intra-dermo réaction à la tuberculine, *Thèse*, Paris, 1909.

Cozzolino. — Réaction à la tub. et sa val. diagn. dans la tub. des enfants, *Riv. di. clin. péd.*, vol. VI, Fsc. 2, février 1908.

Czerny. — *Berl. Klin. Woch.*, n. 45, 1907.

Fr. Daels. — Zeu Kenntis der Kutane Impfpapel bei der T. diag. nach von Pirquet, *Med. Klinik.*, 1908.

Declerc. — OT CT TR en psychiatrie, *Thèse*, Paris, n. 123, 1908.

Detre. — Differentielle tuberkulin réaktionen, *Viener Klin. Woch.*, n. 6, 1908.

Dietschy. — Ophtalmo-cytodiagnostic, *Munch. med. Woch.*, n. 24, 16 juin 1908.

H. Dufour. — Cutiréaction à la tuberculine chez les enfants par la méthode de von Pirquet, *Soc. méd. hôp.*, 21 juin 1907.

— Nouveaux cas de cutiréaction à la tuberculine chez les nourrissons et les enfants du premier âge, *Soc. méd. hôp.*, 28 juin 1907.

— *Soc. méd. hôp.*, 21 et 28 juin 1907.

H. Dufour et Bruslé. — Ophtalmo-reaction à la tuberculine chez les enfants (procédé de Calmette) cutiréactions, *Soc. méd. hôp.*, 19 juillet 1907.

H. Dufour. — *Soc. méd. hôp.*, 22 nov. 1907.

Duker. — CT, *Weekblad Nederl. Tijdschrift v. Geneeskünde*, II, Niz, 1907.

Einstein et Rosenfeld (Stuttgart). — CT chez l'enfant, *Monatsch. f. Kinderheil, K.*, avril 1908.

Engel et Bauer. — De la réaction de Pirquet par la tuberculine, *Berl. Klin. Woch.*, 16 septembre 1907.

Emmerich. — *La corresp. méd.*, OT et CT, avril-mai 1908.

— Réactions de von Pirquet et de Moro chez l'adulte, *Munch. méd. Woch.*, n. 20, 19 mai 1908.

Entz. — La réaction de la peau contre les toxines bactériennes, *Wien. Klin. Woch.*, n. 12, 1908.

Escherich. — *Soc. de piédiatrie viennoise*, 6 juin 1907.

Feer. — La cutiréaction à la tuberculine chez l'enfant, *Munch. méd. Woch.*, n. 1, 1908.

Ferrand et J. Lemaire. — Etude clinique et histologique de la cutiréaction à la tuberculine chez les enfants, *Presse méd.*, n. 78, 28 septembre 1907.

Fourmentin. — Ophtalmo-diagn. de la tub. chez l'enfant, *Thèse*, Paris, 1988, 19 février, n. 124.

Freund. — Ueber CT und OT bei Gesunden und Kranken, *Wien. méd. Woch.*, juin 1908.

Génevrier. — Du diagnostic précoce de la tuberculose par le procédé du laboratoire, *Bull. méd.*, 1904.

Goebel. — Erfahrungen mit der van Pirquetshen kutanen tuberkulin reaktion. Sur la CR de van Pirquet, *Muench. méd. Woch.*, 26 janvier 1908.

Guinard (de Bligny). — Rapport sur la tuberculine, *Bull. méd.*, n. 60, 1906.

— Adénites tuberculeuses traitées par la tuberculine. Essais de cutiréaction, *Bull. méd.*, 14 septembre 1907.

Guinon et Reubsaet. — OT, *Soc. péd.*, 17 déc. 1907.

Fr. Hamburger. — Ueber den Wert der Stichréaktion, nach tub injektion, *Wien. Kl. Woch.*, n. 12, 19 mars 1908.

— Ueber die Wirkung des Alltuberkulins auf den tub. freien. Menshen. Action de la tub. anc. sur l'homme vierge de tub., *Muench. méd. Woch.*, 9 juin 1908.

Hammerschimdt. — Emploi simultané de l'OT et de la CT, *Méd. Klinik.*, 7 juin 1908.

Heim et John. — Allergie und tuberkulin filtrat proben nach. Pirquet Detre, 145 Falle, *Wien. Klin. Woch.*, n. 8, 20 février 1908.

Heinemann. — Vergleichende Unter schungen. Recherches comparatives sur l'OT et la réaction de Moro, *Muench. méd. Woch.*, n. 11, 17 mars 1908.

Aug. Hirschler. — Uber den diagnostischen Wert der Kutanen und Konjuncktivalen Tuberkulinimp fungen, *Wiener méd. Presse*, 8 déc. 1908.

— Vortrag gehalten in der Gesellschaft der Spitalzarte am., 9 oct.

Hutinel. — Les effets des injections sous-cutanées chez les enfants tuberculeux, *Semaine méd.*, p. 117, 1895.

— *Soc. méd. hôp.*, mars 1895.

— Intradermo-réaction à la tuberculine d'après les recherches de Ch. Mantoux, *Tribune méd.*, nov. 1908.

Junker. — La CT de Pirquet chez l'adulte, *Muench. méd. Woch.*, 14 février 1908.

Hentzler. — Uber differenzievende kutan tuberkulinréaktionen bei Erwachsene, *Wien. Klin. Woch.*, n. 1, 1908.

T. Kopec et Zembruski. — Sur la CT chez nourrissons, *Gazeta Lekarska*, 18-25, janvier 1908.

Marcel Labbe. — Tuberculino diagnostic, *Gaz. hôp.*, 1907, *Soc. méd. hôp.*

Lafite, Dupont et Molinier. — Rhino-réaction, *Soc. biol.*, 7 avril 1908.

Laignel-Lavastine. — Erythème noueux expérimental par intradermo-réaction à la tuberculine, *Soc. méd. hôp.*, janvier 1909.

Lanfranchi. — Contributo al valore diagn. della CT del Lignières nella tub bovina, *La clin. véter.*, 7 mars 1908.

Lautier. — Nouveau procédé de CT à la tub. chez l'homme, *Soc. biol.*, 7 janvier 1908.

J. Lemaire. — Notes sur quelques points particuliers de la cutiréaction à la tuberculine, *Soc. biol.*, 12 octobre 1907.

— Quelques points particuliers de la CT, *Presse méd.*, 2 nov. 1907.

— Sur l'innocuité relative de l'OT, *Soc. péd.*, 17 décembre 1907.

— Cutiréaction. Oculoréaction. Injection de tuberculine, *Soc. péd.*, 15 octobre 1907.

— Recherches sur la cutiréaction à la tuberculine, *Revue de tub.*, juin 1908.

— De l'individualité propre de la cutiréaction à la tuberculine, *Soc. péd.*, novembre 1908.

J. Lemaire et Parturier. — Recherches sur la cutiréaction à la toxine diphtérique, *Soc. de péd.*, novembre 1908.

Lépine. — *Soc. biol.*, OT chez les aliénés, 1907.

P. Lereboullet. — La réaction cutanée à la tuberculine, *Progrès méd.*, n. 7, 1909.

Lesieur et Chalier. — 200 cas d'OT, *Soc. méd. hôp.*, Lyon, 12 novembre 1907.

Fritz Levy. — Ueber die konjunctivale tuberkulinreaktion, *Deutsch. med. Woch.*, 16 janv. 1908.

J. Lignères. — Dermoréaction et cutiréaction, *Acad. des sciences de Paris*, 28 octobre 1907.

— Sur un nouveau mode de CT chez l'homme, *Centralbl. f. Bakter. Origin.*, 10 mars 1908.

Lignères et Berger. — *Acad. des sciences*, 28 octobre 1907 et 25 novembre 1907.

Link. — CT avec cultures tirées de Typhus Paratyphus et Coli, *Munch med. Woch.*, 7 avril 1908.

Lorenzi. — Appenti Sui nuovi métodi. di diagn. della tub, *La Pédiatra*, avril 1908.

Ludke. — Tuberkulin und antituberkulin, *Muench. méd. Woch.*, N°. 15 et 16-14 et 21 avril 1908.

Kraus, Lusenberger et Russ. — Sur l'oculo-réaction de Chantemasse, *Wien. Kl. Woch.*, n. 45, 7 novembre 1907.

Macé de Lépinay. — Valeur comparative de la cuti et de l'intradermo-réaction à la tuberculine chez l'enfant. *Soc. méd. hôp.*, p. 680, 1909.

A. Marie et Bourilhet. — Ophtalmo-réaction chez les aliénés, *Soc. biol.*, 27 juillet 1907.

— Ophtalmo-réaction en psychiatrie, *Soc. méd. hôp.*, 22 nov. 1907.

Marie et Tiffeneaus. — Note sur la sensibilité des animaux à la T, *Soc. Biol.*, 21 mars 1908.

H. Martel. — Application de méthode de v. Pirquet au diagn. de la Morve chez l'homme, *Soc. cent. méd. vet.*, juillet 1907 et *Berl. Kl. Woch.*, n. 9, 2 mars 1908.

Mery, Armand Delille et Giry. — Note sur l'OT, *Soc. méd. hôp.*, 29 novembre 1907.

Micheli et Quarelli. — Ipersisenbilita locale provocata della tuberculina, *Gior dell. acad. méd.*, Torino, t. XIII, 29 novembre 1907.

Milian. — Sur la cutiréaction, *Soc. méd. hôp.*, 28 juin 1907.

Mitulescu (Bucarest). — Beitrage zum studium der OT, *Wien. Kl. Woch.*, n. 20, 1908.

Mongour et Brandus. — Cytologie de l'exsudat, *Bull. méd.*, 6 nov. 1907.

Morelli. — Ueber kutane und konjunctivale tuberkulinraktion, *Wien. Klin. Woch.*, 1908.

Moro. — Uber eine diagn. verwetbare. Réaktion der haut auf Einreibung mit T Salbe, *Muench. med. Woch.*, 7 janv. et 4 fév. 1908.

— Pathogénie de la CT, *Monatsch. f. Kinderheilk*, mai 1908.

Moro et Doganoff. — *Wien. Klin. Woch.*, 31, 1er août 1907.

Nagelschmidt. — La cutiréaction comme moyen de diagnostic et de traitement des lésions tuberculeuses de la peau, *Deutsche méd. Woch.*, 3 oct. 1907.

Nicolas et Gauthier. — Cutiréaction et ophtalmo-réaction dans diverses dermatoses d'origine tuberculeuse ou non, *An. de dermat.*, décembre 1907.

Nicolle. — Réaction à la tuberculine dans la lèpre, *Acad. des sc.*, août 1907, *Sem. méd.*, 4 septembre 1907.

Nobecourt et Mantoux. — Ophtalmo et cutiréaction dans la tuberculose expérimentale du lapin, *Soc. Biol.*, 25 octobre 1907.

Nocard. — Valeur diagnostique de la tuberculose, *Congrès de la tuberculose*, 1891 et 1893.

Olmer et Terras. — Cutiréaction à la tuberculine chez l'adulte, Ophtalmo-réaction, n. 75, 18 septembre 1907.

Oppert. — Cutiréaction à la tuberculine, *Thèse*, Paris, 1908.

Orszag. — Oculo-réaction dans la typhoïde, *Deutsch. med. Woch.*, 1908.

Permin et Bartholdy (Copenhague). — Contrib. diagn. et pron. à l'étude de CT, *Revision intern. de la tub.*, mai 1908.

Léon Petit. — Le diagn. de la tuberculose par l'OT, *Thèse*, de Lille, 1907, éditeur Masson, Paris.

Pieroni. — La CT et OT nella diagn. vella tub. dei bovini. G. d. R. *Soc. Veter. ital.*, 4 janvier 1908.

Van Pirquet. *Die Kutané-Tuberkulinprobe*, Dresde, 1907.

— *Med. Klinik*, 1907, n. 39.

— *Klinische studien über Vakzination und Wakzinale Allergie*, Leipzig et Vienne, 1907, Frantz Deuticke, éditeur.

— *Wiener Médizin wochenschrift*, n. 28, 1907.

— *Berliner Klin. Woch.*, n. 20, 1907.

— Etude clinique sur la vaccination et l'allergie vaccinale, *Deuticke*, Vienne, avril 1907.

— *Wien. Kl. Woch.*, n. 38. La valeur diagnostique de la cutériaction à la tuberculine dans la tuberculose infantile contrôlée par 100 autopsies, 19 sept. 1907.

— Der diagnostische Wert der Kutanen Tuberkulin réaktion bei der Tuberkulose des Kindesalters auf Grund von 100, sektionen, *Wiener Klinische Wohenschrift*, 19 sept. 1907.

— Allergie diagnostick. *Deutsche Médizinal zeitung*, 28 nov. 1907.

— Die Kutanen Tuberkulin reaktion, *Wiener Medizinische Presse*, 1er déc. 1907, *Vortrag. gehalten in der Wissenschaftlichen Versamm-*

burg des Wiener medizinischen Doktoren Kollegiums, 4 nov. 1907.
— Kutane und Konjunktivale Tuberkulin Reaktion Kandb. d. *Technik und Methodik der Immunitäts forschung*, déc. 1907.
— Berlin, *Mediz. Gesellschaft*, 8 mai 1907.
— Diagnostic de la tuberculose par la cutiréaction. *Soc. méd. de Berlin*, Séance du 8 mai 1907, n. 20-22.
— *Munch. med. Woch*, 14 mai 1907.
— Cutiréaction à la tuberculine dans la rougeole, *Société de méd. de Vienne*, juin 1908.
— Ueber das Verhalten der Menschlichen Hant gegen bakterielle Giftstoffe. Réponse à Entz, *Wien. Kl. Woch*, n. 17, 1908.
— *Berl. Kl. Woch*, 2 mars 1908.
— Rapport sur 23 autopsies et 360 cas, *Soc. méd. de Berlin*, 15 mai 1907.
— L'épreuve allergique appliquée au diagnostic de la tuberculose dans le jeune âge, *Soc. de Piediatrie Viennoise*, 6 juin 1907.
— *Soc. méd. de Vienne*, 20 juin 1908. CR dans la rougeole, 6 R en séries, *Sem. méd.*, 24 juin 1908.

Railliet. — 2 nouveaux procédés de diagn. expérim. de la tub., *Rev. de la tub.*, 4 août 1907.

G. Raviart. — OT en psychiatrie, *Soc. biol.*, 23 nov. 1907.

Renon. — L'OT et la tuberculinothérapie, *Soc. d'études scientifi. sur la tub.*, mars 1908.

F. Reuschel. — Vergleichende Rewertung de tuberkulin reaktion in Kindesalter, *Muench. med. Woch.*, 18 et 25 février 1908.

Ch. Richet. — De l'action anaphylactique de certains Venires, *Soc. biol.*, 15 février 1902.
— De l'anaphylaxie en général et de l'anaphylaxie par le mytilocongestine en particulier, *Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1907.
— De l'anaphylaxie, *Presse médicale*, n. 24, 1908.

Roger. — *Introduction à l'étude de la médecine*, 3e édition, 1908, pages 209, 469, 629 et 654.

Romme. — La cutiréaction et la réaction nerveuse, *Presse médicale*, n. 84, oct. 1908.
— A propos de la spécificité des cutiréactions, *Presse méd.*, n. 28, 1908.

Roux et Metchnikoff. — La tuberculine, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1891.

Rosenberg. — Die progn Bedeuhing der OT und CT, *Berl. Klin. Woch.*, 1908.

E. Roux. — Intradermo-réaction à la tuberculine (Note de Ch. Mantoux), 10 août 1908.

Sakorraphos. — OT est-elle spécifique ? *Soc. biol.*, 7 mars 1908.

Schenck et Seiffert. — *Muench. med. Woch.*, n. 46. 100 OT d'après méthode progressive d'Eppeinstein, 12 nov. 1907.

Schick. — Cutireaction bei Impfung mit Diphtérietoxin, *Muench. med. Woch.*, n. 10, 10 mars 1908.

Schröder und Kaufmann. — Valeur diagn. de l'OR, *Muench. med. Woch*, 1908.

Serbrouge. — Méthode de diagnostic précoce de la tuberculose par les injections de la tuberculine, *Thèse*, Paris, 1908.

Sicard. — *Soc. méd. hôp.*, discussion sur le rhumatisme tuberculeux, 14 juin 1907.

Sicard et Descomps. — Sous-cuti, cuti et ophtalmo-réaction à la tuberculine chez l'adulte, *Soc. méd. des hôp.*, 28 juin 1907.

A. Slatinéano. — Sur la cutiréaction de Von Pirquet (chez l'homme), *Soc. de Biol.*, 27 juillet.

Slatinéano et Danielopot. — Sensibilisation à l'infection tub. par une injection préalable de tuberculine, Bucarest, *Soc. Biol.*, 20 février 1908.

Stadelmann et Wolf Eisnér. — Valeur diagno. pron. et théorique des réactions à la tub., *Deutsch. Méd. Woch*, 30 janvier 1908.

Stadelmann. — Ueber Kutane und Konjunkt tub anwenidung. Sur l'OT et la CT, *Deutsch. Med. Woch*, n. 7, 13 février 1908.

Stoerk. — Bemerkungen zun Präzipitation bei Tuberculose, *Wien. Kl. Woch.*, n. 9 et 11, 1908.

Tedeschi. — La varieta di reazione con tub. di diversa orig., *La Pédiatria*, février 1908.

Thibierge et Gastinel. — Reproduction experimentale de certaines dermatoses de la série des Erythèmes par l'injection intradermique de tuberculine et de divers sérums, *Soc. méd. hôp.*, avril 1909.

Treupel. — Remarques sur OT. Reviviscence, *Muench. Med. Woch.*, 14 janv. 1908.

Vallée. — Sur un nouveau procédé de diagnostic expérimental de tuberculose, *Acad. des Sciences*, 3 juin 1907.

— De la cutiréaction comme diagnostic expérimental de la tuberculose, *Acad. des Sciences*, 17 juin 1907.

— Sur la cutiréaction à la tuberculine. *Soc. de Biol.*, 6 juillet 1907.

— OT et non-accoutumance à la tub., *Acad. des Sciences*, 20 janvier 1908, et *Rev. gén. méd. vét.*, 15 mai 1908.

Vanderheyden. — CT et OT chez les Bovins, *Ann. méd. vét. Hôp.*, nov. 1907.

De Villa. — Cuti-ophtalmo-réaction à la tuberculine. V^e^ Congrès italien de Pédiatrie, Padoue, 26 oct. 1907.

Villaret et L. Tixier. — Le diagnostic de la tuberculose par les méthodes d'investigation récentes et en particulier par les réactions à la tuberculine, *Rev. de la tub.*, juin, juillet 1908.

Weber. — Der Treversuch bei der Diagn. Tub. Erkrankungen, *Muench. med. Woch'*, 18 février 1908.

Wildbroz. — OT et CT chez l'animal, *Berl. Kl. Woch.*, 16 mars 1908.

Wolf Eisner. — *Die Ophtalmo und Kutan Diagnose der Tub. Stüber Würzburg*, janvier 1908.

— Recherches expérimentales sur la cutiréaction à la tuberculine, *Soc. de méd. de Berl.*, juin 1908.

— Remarques sur les mémoires de Mainini, Wiens et Günther, Klineberger et Feer, 1908.

— Kutane Konjunktivale und Subkutane Tub injektion, *Berl. Klin. Woch.*, n. 6, 10 février 1908.

Wolf Eisner et Teichmann. — Die progn. Beudentung der conj. und cut. Tub. reakt, *Berl. Klin. Woch.*, 13 janvier 1908.

Zambelli. — Cuti-ophtalmo-réaction à la tuberculine, VI^e^ Congrès italien de Pédiatrie, Padoue, 26 oct. 1907,

— CT et OT. VI^e^ congresso ped. ital., octobre 1907.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 7

CHAPITRE I. — Généralités 13

CHAPITRE II. — Manuel opératoire. — La cutiréaction : Description, histologie, formes cliniques, évolution. Diagnostic. 22

CHAPITRE III. — Causes qui peuvent modifier l'aspect de la cutiréaction. — Cutiréactions sur placards de tuberculose cutanée. — Influence de l'injection sous-cutanée de tuberculine 53

CHAPITRE IV. — Individualité de la cutiréaction. — Sa valeur diagnostique. 64

CHAPITRE V. — Interprétation des résultats de la cutiréaction. 95

CHAPITRE VI. — Conclusions 101

CHAPITRE VII. — Observations 103

BIBLIOGRAPHIE 239

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie BUSSIÈRE.

57

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE